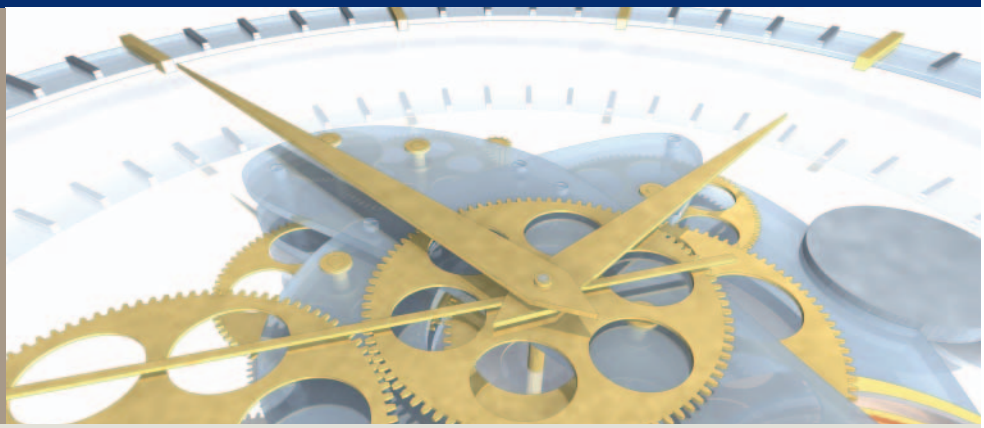
1 September 2009 _ 20. Jahrgang

NeuroTransmitter

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

NeuroTransmitter SH 1/2009

BDN-Sonderheft zum 82. Kongress der DGN 2009



10 Jahre BDN
Neurologie im Fokus

Verlag URBAN & VOGEL GmbH München

+++ Jubiläumsausgabe +++ Jubiläumsausgabe +++ Jubiläumsausgabe +++

Foto: Archiv

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

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
Vorsitzender des BDN

Herausforderungen meistern

Auch in diesem Jahr möchten wir Sie wieder mit einem BDN-Sonderheft auf dem DGN-Kongress in Nürnberg begrüßen. Es beinhaltet wie immer berufspolitische Hintergrundinformationen und Tätigkeitsberichte. In diesem Jahr hat das Sonderheft aber noch eine Besonderheit: Es hat noch mehr bilanzierenden Charakter als sonst, da wir ein kleines Jubiläum feiern dürfen. Unser Berufsverband wird zehn Jahre alt! Damit sind wir zwar noch unzweifelhaft jung, aber berufspolitsch eindeutig raus aus den Kinderschuhen.

Wir haben über die Jahre viel Zustimmung erhalten, aber durchaus auch Kritik. Diese nehmen wir sehr ernst und haben in vielen Bereichen Konsequenzen gezogen. In den ersten Übersichtsartikeln in diesem Heft nehmen wir zur strategischen Ausrichtung Stellung und erklären auch die Hintergründe unserer Strategien.

Rolf Hagenah ist ein Mann nicht nur der ersten Stunde, sondern auch der langen und nicht immer einfachen Vorbereitung der Verbandsgründung. In einem Rückblick legt er Zeugnis seiner Arbeit ab. Wir, die wir erst später dazu gekommen sind, möchten uns dafür bei ihm herzlich bedanken. Ohne ihn gäbe es keinen BDN, er hat diesen Verband in den ersten Jahren als Vorstandsvorsitzender entscheidend geprägt.

Zehn Jahre sind nicht viel, dennoch hat sich in dieser Zeit reichlich getan. Die Umstände unserer Tätigkeit sind nach etlichen Reformen teilweise nicht mehr wieder zu erkennen. Das gesamte berufspolitische Engagement bringen wir neben der eigentlichen Arbeit in Klinik und Praxis auf. Für hauptamtliche Berufspolitiker fehlen uns zum einen die Mittel, zum anderen stellt sich die Frage, ob Personen ohne eigene Berufspraxis hierzu in der Lage wären. Dass wir trotzdem eine Menge geleistet und erreicht haben, hat auch etwas mit der Arbeitsteilung und der Zusammenarbeit mit BVDN und DGN zu tun. Gemeinsam sind wir sehr viel präsenter und effektiver.

Ein inhaltlicher Schwerpunkt, über den wir in diesem Heft ausführlich berichten, ist wie praktisch jedes Jahr die Honorarreform (Seite18 f.). Der Wettbewerb hat, so wollte es die Politik, weiter zugenommen: Direktverträge und ambulante Versorgung am Krankenhaus sind hierbei wichtige Stichworte. Wir haben die Konzepte zur integrierten Versorgung in den letzten Jahren weiterentwickelt und publiziert. Die Resonanz auf Seiten der Kostenträger ist regional – gelinde gesagt – ausgesprochen variabel. Dennoch konnten wir in vielen Indikationen Erfahrungen mit Verhandlungen und „gelebten“ Verträgen sammeln, von denen nunmehr auch Regionen profitieren, in denen es bisher keine Verträge gibt.

Unsere Verträge gehören überwiegend zu denen, die nicht nach Auslaufen der Anschubfinanzierung gekündigt worden sind. In Nordrhein werden jetzt die Schlaganfallverträge und übrigens auch Verträge zur Heimversorgung ausgeweitet. Für MS, Parkinson, Schlaganfall und Kopfschmerz existieren damit in Nordrhein flächendeckend Verträge. Aber auch in anderen Bundesländern wird derzeit verhandelt. Dies ist maßgeblich auf das Engagement einiger Kollegen im Rahmen der zahlreichen Netzwerkbildungen zurückzuführen.

Die Zulassung von „116er-Ambulanzen“ sorgt in einigen Regionen für Aufregung. Viele Niedergelassene befürchten Konkurrenz, Kliniken sorgen sich um ihre Zuweiser. In diesem Sonderheft berichtet unser Verbandsjustiziar über Hintergründe, Entwicklungen und Kooperationsmöglichkeiten. Dieses Thema war unter anderem schon auf der Tagung der leitenden Krankenhausneurologen in Kassel im April 2009 ein Gesprächspunkt und wird auch Inhalt des BDN-Forums im Rahmen der Essener Neurologietage sein.

Um unsere Aktivitäten in den einzelnen Bundesländern verstärken zu können, haben wir das Konzept der BDN-Landessprecher konkretisiert. Hierzu berichten wir auf Seite 35.

Last but not least möchten wir Sie auf den außerordentlichen Neurologentag am 21.11.2009 in Frankfurt hinweisen, wo wir in diesem Jahr auch unsere reguläre Mitgliederversammlung abhalten werden. Wir haben für diese Veranstaltung erstklassige Referenten gewinnen können und hoffen auf eine zahlreiche Teilnahme Ihrerseits. Auf dem BDN-Forum werden wir über die Honorarreform und über die Nachwuchssituation berichten (Seite 16 f.).

Zunächst wünschen wir Ihnen einen erfolgreichen und spannenden Tagungsverlauf. Wenn Sie Lust haben, besuchen Sie uns zwischendurch an unserem Stand in der Ausstellung.

Ihre

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.á R. L. Die Springer Science+Business Media Finance S.á R.L. ist eine 100%-ige Tochter der Springer Science+Business Media S.A.

Geschäftsführer: Ulrich Huber, Dr. med. Dirk Einecke

Leitung Verlagsbereich III: Dr. med. Christoph Posch

Redaktion: Dr. rer. nat. Claudia Mäck (cm, Redaktionsleitung), Tel.: 089 4372-1403, Fax: 089 4372-1400, E-Mail: maeck@urban-vogel.de; Sebastian Lux (slx, -1444); Monika Hartkopf (MHa, Chefin vom Dienst, -1409); Christine Heckel (Assistenz, -1402)

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

Medical Communication: Ulrich Huber (Leitung, Anschrift wie Verlag, -13 31); Peter Urban (Anzeigenleitung, verantw., Anschrift wie Verlag, -1333, E-Mail: urban@urban-vogel.de) Anzeigenpreisliste Nr. 12 vom 1.10.2008

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 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 zwei Monate vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

Bezugspreise: Einzelheft: 20 EUR. Jahresabonnement: 194,40 EUR. Für Studenten/AIP: 136 EUR. Versandkosten jeweils: Inland 24 EUR, Ausland 32 EUR. Für Mitglieder des BVDN, BDN, BVDP (s. o.) und der DGPPN 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, Warenbezeichungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten, für die Empfehlungen im Expertenrat sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

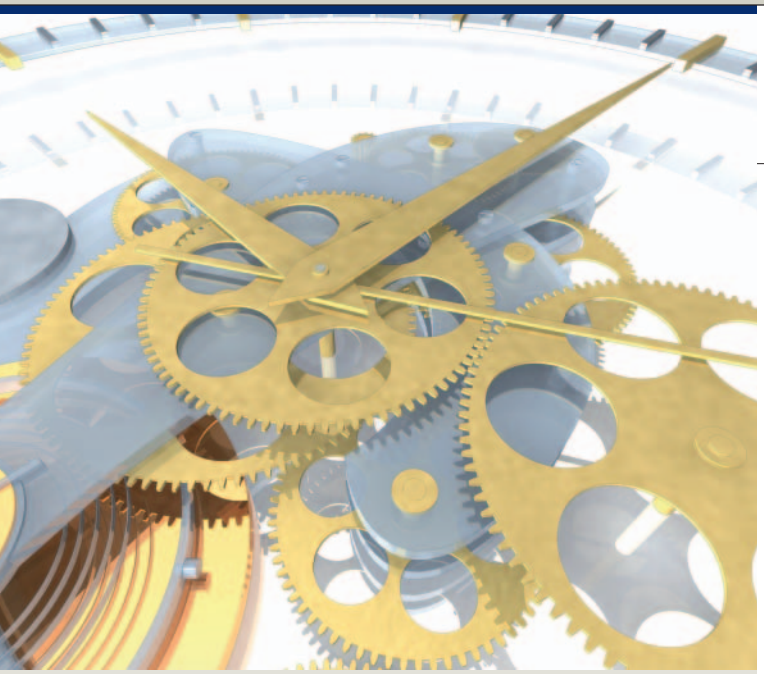
Druck: KLIEMO Printing, Hütte 53, B-4700 Eupen

Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

© Verlag Urban & Vogel GmbH, München

ISSN 1436-123X

LA-MED geprüft 2008



10 Jahre BDN: in kurzer Zeit viel bewegt

Der BDN feiert in diesem Jahr sein zehnjähriges Jubiläum. Auf den ersten Blick eine sehr kurze Zeit. Aber in nur einem Jahrzehnt haben mehrere neue EBM-Versionen und aktuell die Regelleistungsvolumina große Veränderungen bewirkt. Zudem führten zahlreiche Gesetzesänderungen zu mehr Wettbewerb, neuen Vertragsstrukturen und auch zu mehr Freiheit für Ärzte bei ihrer Berufsausübung. In solchen Zeiten muss ein Berufsverband seine Mitglieder mit konsequenter und weitsichtiger Politik unterstützen. Das bedeutet auch, dass sich der BDN strategisch auf die Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem einstellen muss, auch wenn sich diese schneller als früher verändern.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:
Dr. rer. nat. Claudia Mäck
Telefon: 089 4372-1403, Fax: 089 4372-1400
E-Mail: maeck@urban-vogel.de
Sebastian Lux
Telefon: 089 4372-1444
E-Mail: lux@urban-vogel.de

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

Titelbild: Fotolia.com/Fotoflash

Inhalt Sonderheft 1/2009

3 **Vorwort von Prof. Dr. H.-C. Diener und Dr. U. Meier**
5 **Grußwort von Prof. Dr. H. Reichmann**
8 **10 Jahre BDN – Teil 1**
10 **10 Jahre BDN – Teil 2**
16 **Mitgliederversammlung und BDN-Forum**
18 **Honorarsituation in der ambulanten Versorgung**
24 **Klinische Versorgung in der Neurologie**
26 **Netzwerke in der Neurologie**
30 **Ambulante Versorgung in Krankenhäusern (§ 116 SGB V)**
35 **Berufspolitik auf Landesebene**
36 **Junge Neurologen**
37 **Neuroscout**
38 **Deutsches Institut für Qualität in der Neurologie**
40 **Neurologen und Psychiater im Netz**
45 **Athene**

6 **Impressum**
50 **Pharmaforum**
54 **BVDN/BDN/BVDP**
Struktur und Adressen

Wichtiger Hinweis!

Diese Ausgabe enthält den Kongress Report Aktuell „Aktuelles von der internationalen Alzheimer-Konferenz (ICAD 2009): Rivastigmin-Pflaster ermöglicht hoch dosierte Langzeittherapie“ (S. 48 f.).

Wir bitten um Beachtung!

Anzeige

Foto: privat

„Es ist wichtig, dass die Neurologen durch einen kompetenten und aktiven Berufsverband gut vertreten werden."

Prof. Dr. med. Heinz Reichmann, Dresden
1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Neurologie

Berechtigte Anliegen zu Gehör bringen

Ich freue mich sehr, dass wir uns im Rahmen der guten Zusammenarbeit zwischen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und dem Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN) hier auf dem Kongress in Nürnberg wiedersehen. Wir blicken auf ein äußerst interessantes wissenschaftliches Programm und wollen auf hohem Niveau praxisrelevante Fortbildung bieten.

Es handelt sich um den 82. Kongress unserer Fachgesellschaft, die schon über 100 Jahre alt ist. Der BDN ist dagegen viel jünger und feiert in diesem Jahr das zehnjährige Jubiläum. Es ist mir ein echtes Anliegen, dem BDN weiterhin gutes Gelingen für seine wichtigen Aufgaben zum Nutzen seiner Mitglieder zu wünschen.

Gerade in der Zeit, wo die Ressourcen im Gesundheitswesen nicht unermesslich sind und es auch zu gewissen Verteilungskämpfen zwischen den Ärztegruppen kommen muss, ist es wichtig, dass die Neurologen durch einen kompetenten und aktiven Berufsverband gut vertreten werden. Nur so werden unsere berechtigten Anliegen gehört und hoffentlich von Seiten der Politik und der Krankenkassen umgesetzt.

Die DGN ist an einer sehr guten und vertrauensvollen Zusammenarbeit mit dem BDN interessiert und ich darf an dieser Stelle für den gesamten Vorstand auch festhalten, dass wir für jegliche Hilfeleistungen gerne zur Verfügung stehen.

Ich wünsche den Mitgliedern des BDN einen hervorragenden Kongressverlauf und freue mich, Sie in Nürnberg begrüßen zu dürfen.

Ihr

10 Jahre BDN – Teil 1

Erinnerung an entscheidende Momente

Erst vor zehn Jahren nahm der Berufsverband Deutscher Neurologen – BDN – seine Arbeit auf. Ein interessanter Rückblick erinnert an die Hintergründe und die damaligen Auslöser für die Entstehung des Berufsverbands.

Die „Deutsche Gesellschaft für Neurologie“ (DGN) hat gerade ihr 100-jähriges Bestehen gefeiert. Ein stolzes Jubiläum, anlässlich dessen die Neurologen sich auf vieles zurückbesinnen konnten, was sich in dieser langen Zeit in ihrem Fachgebiet entwickelt hat. Und dennoch ist dies eine kurze Zeit verglichen mit anderen medizinischen Disziplinen wie Innerer Medizin oder Chirurgie. Auch die Psychiatrie blickt auf eine deutlich längere „Vereinsgeschichte“ zurück.

Die Trennung der Neurologie von der Psychiatrie und der Nervenheilkunde ist eine Geschichte für sich: So wurde die DGN während des zweiten Weltkrieges wieder der Gesellschaft für Nervenheilkunde zugeordnet und Prof. Heinrich Pette, Hamburg, leitete als Vorsitzender die Sektion Neurologie. Die Frage, ob die Neurologie von der Psychiatrie getrennt werden sollte oder ob beide zusammengehören, ist seit langem entschieden. Unterschwellig wird hierüber aber immer noch bei gewissen Fragestellungen diskutiert. Mit Prof. Max Nonne, Hamburg, dem ersten Ordinarius für Neurologie (1925), hatte sich die Neurologie ursprünglich als eigene Fachdisziplin etabliert.

Warum so spät?

Es erscheint fast anmaßend oder zumindest fragwürdig, auf ein zehnjähriges Bestehen des „Berufsverbandes Deutscher Neurologen e. V.“ (BDN) zurückblicken zu wollen. Es sollte dennoch erlaubt sein. Im Rückblick zeigen sich auch gewisse Parallelen zu den „politischen Schwierigkeiten“, welche die Neurologie und auch die DGN in den ersten Jahren ihrer Gründung hatten. Berufsverbände hatten sich in nahezu allen medizinischen Fachdisziplinen gebildet. Die Bildung eines neurologischen Berufsverbands war eigentlich längst überfällig. Der Grund, warum sich bis 1999 kein eigener Berufsverband gebildet hatte, lag darin, dass der „Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.“ (BVDN) die Interessen der Psychiater, Nervenärzte und der Neurologen ubiquitär vertreten hatte.

Die Trennung der Fachgebiete, wie sie durch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften vor mehr als 100 Jahren längst vollzogen worden war, war im täglichen Berufsleben nicht in dieser Form erfolgt. Zwar entstanden immer mehr neurologische Kliniken an Krankenhäusern neben meist schon längst bestehenden Psychiatrien, bei den Nie-

Meilensteine des BDN

1996

Verbindungskommission DGN/BVDN

1998

Formale Gründung des BDN

1999

Wahl des ersten aktiven BDN-Vorstandes aus den Reihen der Gründungsinitiative DGN/BVDN und Aufnahme des operativen Geschäfts

2002

Gemeinsame Kommissionen DGN

2003

Verschränkung der Vorstände BVDN/BDN

Foto: Fotolia.com/Pixel

1996 **1998** **1999** **2002** **2003**

derlassungen überwogen aber immer noch rein psychiatrische oder gemischt neurologisch-psychiatrische Praxen. Dies entsprach auch der fachärztlichen Weiterbildungsordnung. Auch diese konnte mit dem Tempo der Entwicklung des Fachgebietes Neurologie nur mühsam Schritt halten.

Facharzt für Neurologie

Aufgrund des wachsenden Umfangs der Fachgebiete Psychiatrie und Neurologie war es kaum noch möglich, auf beiden Fachgebieten zu praktizieren und in beiden Fachgebieten ständig aktuelles Wissen zu erwerben. Die neue Weiterbildung (in den 80er-Jahren durch die Bundesärztekammer eingeführt und nach und nach in den Landesärztekammern umgesetzt) schrieb darum für den Erwerb des Doppelfacharztes für Neurologie und Psychiatrie eine jeweils fünfjährige Weiterbildung, also insgesamt zehnjährige Zeitspanne vor. Zu den Gegenargumenten gehört, dass jeder Nervenarzt einen erkennbaren Schwerpunkt für eines der beiden Fachgebiete Neurologie oder Psychiatrie setzen könne – und dennoch in unterbesetzten Regionen (wie es heute wieder der Fall ist), zumindest berechtigt wäre, auch den weniger beherrschten Fachgebietsanteil mit abzudecken. Zudem würde durch Überlappung beider Fachgebiete ohnehin ein nicht geringes Wissen auf beiden Fachgebieten erwartet. Beide wissenschaftlichen Gesellschaften haben immer noch Probleme mit der Entscheidung, ob ein Jahr der ärztlichen Tätigkeit im anderen Fachgebiet obligat oder fakultativ zur Weiterbildung gehören soll.

Die seit dem 80er-Jahren bis heute gültige Weiterbildungsordnung bedingt, dass sich die Kollegen in der Regel für das Fachgebiet Neurologie oder Psychiatrie entscheiden. Dies war einer der Gründe für die späte Entstehung des BDN. Eine wissenschaftliche Fachgesellschaft (DGN) benötigt wie alle anderen einen Berufsverband, der komplementär zu den wissenschaftlichen Aktivitäten die berufspolitischen Interessen für Kliniker und Niedergelassene wahrnimmt. Bei der immer noch bestehenden Nähe beider Fachgesellschaften und der langwierigen und schwierigen Trennung der Neurologie von der Psychiatrie sollte mit der Gründung des BDN auch im berufspolitischen Bereich Klarheit für die Neurologie geschaffen werden, zumal die Diskussion um das weitere Bestehen des Facharztes für Nervenheilkunde höchst aktuell war.

Honorarverhandlung als Auslöser

Der erste sich nachhaltig auswirkende Anstoß zur Gründung eines BDN kam durch den Vorstand der DGN zur Zeit des 1. Vorsitzenden Prof. Klaus Felgenhauer. Auslöser waren die Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die der BVDN für beide Fachgebiete führte. Die damals besonders schlecht bezahlten Psychiater kämpften für eine bessere Vergütung ihrer Arbeit. Die KBV akzeptierte die Forderung und es kam zu einer neuen Gewichtung des Budgets der Nervenärzte, in dessen Folge die Neurologen nun besonders schlecht vergütet wurden. Dies war ein unglücklicher Ausgang der KBV-Verhandlungen, der dazu führte, dass die DGN von zahlreichen niedergelassenen Neurologen und Nervenärzten mit neurologischem Schwerpunkt aufgefordert wurde, sich für die Gründung eines BDN einzusetzen. Der damalige Vorsitzende der Gebührenkommission GOÄ, Prof. Rolf Hagenah, Rotenburg, sprach sich gegen diese Gründung aus. Die Schwierigkeiten der Finanzierung eines BDN und auch das Ausmaß der auf ihn zukommenden Nebentätigkeiten ermutigten nicht zu einem derartigen schnellen Schritt. Aber das Vorhaben, einen BDN ins Leben zu rufen, war nun ausgesprochen und wurde nicht vergessen.

Kurze Übergangslösung

1996 wurde durch die DGN eine Verbindungskommission DGN/BVDN gegründet, die die Neurologie betreffende politische Probleme beraten sollte. Diese Kommission hat zwar einige Male getagt, eine offene kooperative Zusammenarbeit entstand aber nicht. Aus den Artikeln alter NeuroTransmitter-Ausgaben ist zu ersehen, dass der damalige Vorstand des BVDN das Unbefriedigende der Situation erkannt hatte und sich bemühte, adäquat zu reagieren: Es wurden Sektionen für die Fachgebiete

Fotos: Archiv

gebildet – gewissermaßen als untergeordnete Berufsverbände in einem Gesamtberufsverband. Es bestand die Hoffnung, die Mitglieder beider Fachgebiete so kooperativer führen und deren Interessen abgestimmter vortragen zu können. Aber auch mit dieser Lösung fühlten sich einige niedergelassene Ärzte nicht genügend vertreten. Hinzu kam nochmals eine KBV-Verhandlung mit schlechten Ergebnissen für die Neurologen. In einer Sitzung mit Vertretern des BVDN und dem Vorsitzenden der Gebührenkommission der DGN, Prof. Rolf Hagenah, kam es zur Entscheidung: 1998 trug der 1. Vorsitzende der DGN, Prof. Thomas Brandt aus München, den Wunsch der DGN zur Gründung eines Berufsverbands für Neurologen mit Nachdruck vor; die Gründung des BDN wurde beschlossen.

BDN als unabhängiger Verband

Eine Grundlage für die Satzung des neuen Berufsverbands wurde vom BVDN in den anschließenden Sitzungen einer entsprechenden Kommission vorgelegt und modifiziert. Der auch im NeuroTransmitter publizierte Gedanke des BVDN, als übergeordneter Verband koordinierend für den BDN und einen zu gründenden psychiatrischen Berufsverband tätig zu sein, wurde jedoch verworfen: Der BDN wollte unabhängig und selbstständig sein.

Zu Beginn fehlte vieles – vor allem Geld, denn Mitglieder mussten erst geworben werden. Die DGN und der BVDN haben sich während dieser Anfangsschwierigkeiten äußerst hilfreich verhalten, nicht nur durch erhebliche finanzielle Unterstützung. Die Sorge, sich gegen scheinbar konkurrierende Berufsverbände schützen und wehren zu müssen, war unnötig. Stattdessen zeigte sich immer deutlicher, dass das gemeinsame Auftreten von BDN, BVDN und dem im Anschluss an die Gründung des BDN neu gegründeten Berufsverbandes der Psychiater (BVDP) wesentlich wirkungsvoller war. □

AUTOR

Prof. Dr. med. Rolf Hagenah, Rotenburg

10 Jahre BDN – Teil 2

Strategische Grundsatzfragen und Kooperationen

Zwei grundsätzliche Fragen haben den BDN in den letzten zehn Jahren begleitet: „Wie eigenständig sollte sein Profil im Verhältnis zu den verwandten Verbänden BVDN und BVDP sein?“ Und: „Wie gestaltet sich das Verhältnis der klinisch tätigen und der niedergelassenen Neurologen in der Verbandsarbeit?“

Im Rückblick von Prof. Rolf Hagenah (Seite 10 f.) wird deutlich, dass das Thema der Kooperationen seine eigene kleine Geschichte in der Verbandsentwicklung hat. Die Probleme unserer Fachgruppe – bezogen auf die „fachlichen Nachbarschaften“ – sind bekannt und wegen ihrer Komplexität und den daraus resultierenden Konsequenzen in den ärztlichen Selbstverwaltungen gefürchtet. Medizinhistorisch lagen Neurologie und Psychiatrie eng beieinander. In der weiteren Entwicklung folgten die bekannten Abgrenzungsbestrebungen, ganz dem Hölderlinschen Gleichnis entsprechend, dass keine Gipfel soweit voneinander entfernt sind, wie zwei benachbarte Gipfel. Die Ursache für diese Entwicklung ist sicherlich komplex.

Abgrenzung und Nähe zur Psychiatrie

Fachlich hat sich die Neurologie mit der Entwicklung von Stroke-Units, modernen neurologischen Intensivstationen und elektrophysiologischen Laboren in einigen Bereichen weit von einer Medizin entfernt, in der die Exploration, das Gespräch und die sozialen Interaktionen den prioritären Patientenzugang bilden. Persönliche Berufserfahrungen und gewachsene Ressentiments spielten für die Abgrenzungsbestrebungen ebenso eine Rolle wie praktische Probleme in der Organisation der Weiterbildung in den Kliniken. Andererseits sehen wir gerade durch die immensen Fortschritte neurowissenschaftlicher Erkenntnisse wieder durchaus eine fachlich-inhaltliche Annäherung beider Fächer, weil der „nichtstoffliche“ Aspekt der Hirnaktivität, das Fühlen, Denken und Handeln als Forschungsgegenstand sowohl von neurologisch-neuropsychologischer Seite als auch von der biologischen Psychiatrie bearbeitet wird und durch technische Fortschritte der Neurowissenschaften zugänglicher wird.

Streit um Weiterbildungsordnung

Keine Diskussion in der zehnjährigen Verbandsarbeit war so frustrierend, wie die Frage der Trennung der Fachgebiete in der Weiterbildungsordnung: Der Riss ging tief durch „alle Schichten“ der Neurologenschaft und vor allem auch innerhalb der Sektoren, sei es in Praxis, Kliniken, Universitäten oder Reha-Einrichtungen. Die Fronten stehen sich teilweise heute noch scheinbar unversöhnlich gegenüber. Im Vorstand haben wir die Notbremse gezogen. Es wurde keine Vorstandsentscheidung herbeigeführt, sondern wir haben uns demokratischer Basispraktiken verpflichtet gefühlt und eine Mitgliederbefragung zu dem Thema durchgeführt. Wie auch immer: Dieses spannende Thema wird uns auch die nächsten Jahre begleiten.

Viele Honorargruppen im EBM

Während in Krankenhäusern auf Versorgungsebene bis auf wenig verbliebene nervenärztliche Kliniken eine praktische Trennung von Neurologie und Psychiatrie vollzogen ist, werden in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung Neurologen, Psychiater und Nervenärzte in einer Fachgruppe geführt. Der hieraus zwangsläufig entstehenden Probleme versucht man durch Untergruppenbildungen mit meist nur geringer logischer

Stringenz Herr zu werden. So werden in der aktuellen Honorarverteilung vier Untergruppen unterschieden (Neurologen, Nervenärzte, Psychiater mit viel und mit wenig Psychotherapieanteil). Dies ist die Grundlage für die Berechnung des Honorars, weil je nach Untergruppe den Ärzten ein entsprechender Fallwert und ein entsprechender Satz an Fallpauschalen aus dem EBM-Kapitel zugeordnet werden. Faktisch existieren aber mindestens sieben Untergruppen, weil noch die Doppelfachärzte Neurologie/Psychiatrie, Neurologie/Nervenarzt und Psychiatrie/Nervenarzt hinzukommen. Berücksichtigt man noch den Psychotherapieanteil der Psychiater, wären es sogar neun Kombinationen.

Problem Honorarverteilung

Wie erfolgt nun die Zuteilung zu Fallwerten und Fallpauschalen? Diese Frage treibt Sachbearbeitern und Vorständen der Länder-KVen ebenso den Schweiß auf die Stirn wie Berufsverbandsvertretern. Es ist ein Chaos ohnegleichen – einfache Lösungen, gar mit hoch auflösender Verteilungsgerechtigkeit, gibt es hier leider nicht. Was immer wir auch berufspolitisch fordern und im besten Fall durchsetzen: Es gibt stets Vertreter einiger Untergruppen, die von diesen Veränderungen absolute oder relative Nachteile erfahren. Auf welche Strategie haben wir uns vor diesem Hintergrund festgelegt? Das Verbandsziel des BDN ist die Sicherstellung einer hochwertigen neurologischen Versorgung, die unter anderem auch die betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen umfasst.

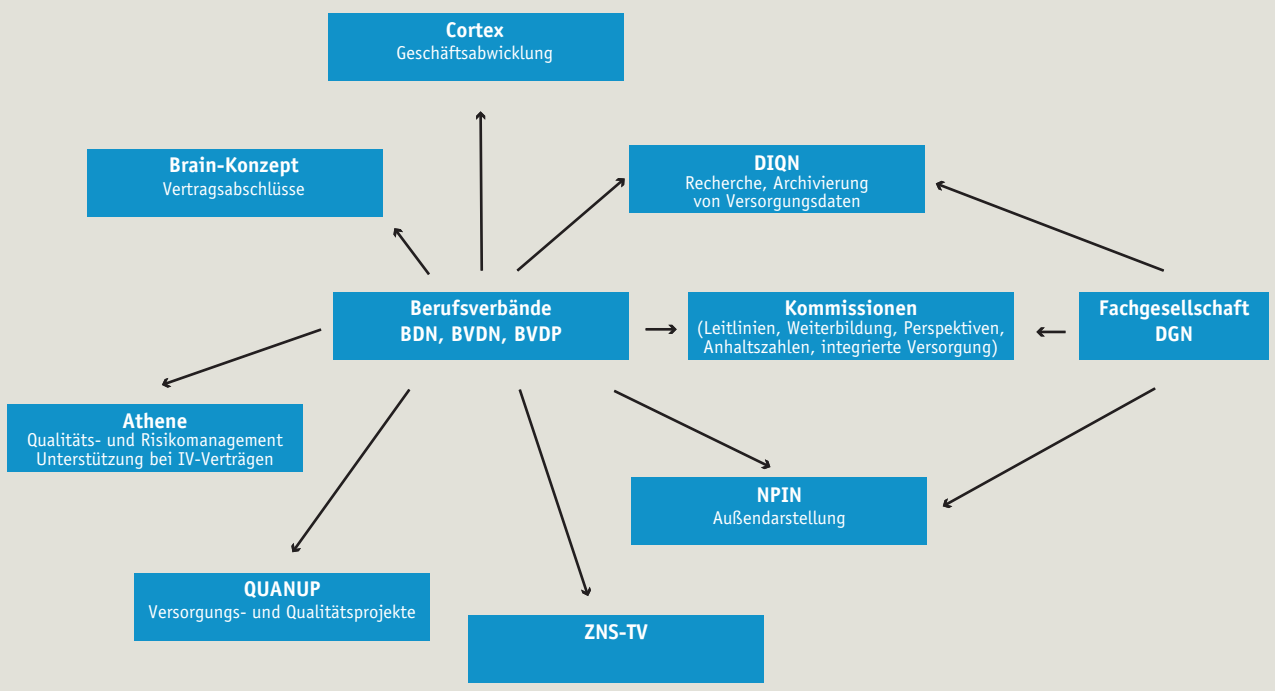
Interessen effizient vertreten

Historisch sind Neurologen, Psychiater und Nervenärzte in den Gremien der KVen, in denen die Honorarverteilungen geregelt wurden, schlecht vertreten gewesen. Dies ist einer der Gründe, warum die Fachgruppe im unteren Bereich der Einkommensskala angesiedelt ist. Aus diesem Loch herauszukommen, ist schwer, denn Honorarsteigerungen einer Fachgruppe implizieren Umverteilung zu Lasten anderer Fachgruppen, was diese wiederum zu verhindern suchen. Ständiges Insistieren, diplomatische Gespräche und vor allem handfeste Daten sind erforderlich gewesen, um dieses zu ändern. Wenn wir in dieser Situation als kleine Untergruppe der reinen Neurologen versucht hätten, uns zu Lasten der Nervenärzte oder Psychiater lobbyistisch durchzusetzen, wären wir als Neurologen nicht nur in der schwächeren Position gewesen: Die gesamte Fachgruppe hätte verloren, weil wir dem Verhandlungspartner die ideale Steilvorlage der Spaltung und Zersplitterung vorgegeben hätten. „Divide et impera“ ist die klassische Strategie zur Schwächung des politischen Gegners. Hinzu kommt, dass die neurologische Versorgung von Neurologen und Nervenärzten übernommen wird; einige Nervenärzte sind vollständig neurologisch tätig, aber eben formal Nervenärzte, so wie viele neurologische Chefärzte auch formal Nervenärzte sind.

Gemeinsam Forderungen stellen

In dieser Situation ist es zur Durchsetzung unserer ureigenen Interessen erforderlich, dass wir gemeinsam vorgehen und uns vor allem innerhalb der Fachgruppe solidarisch zeigen. Wir sind mit

Unterorganisationen und Partner des BDN



mehreren Verbänden sehr viel präsenter in den Institutionen der Selbstverwaltung und treten bei wichtigen Veranstaltungen immer gemeinsam mit hoher Manpower auf. Bei weniger wichtigen Veranstaltungen und bei Terminkollisionen können wir uns gegenseitig vertreten und uns darauf verlassen, dass alle unsere Interessen jeweils mit vertreten werden. Wir können mit dieser Strategie sicher sein, dass „Divide-et-impera-Strategien" an uns abprallen und wir nicht auseinander dividiert werden.

Wenn wir auf der politischen Bühne uns neben allen anderen Fächern auch noch als Untergruppen unserer Fachgruppe gegenseitig Konkurrenz machten, wäre dies berufspolitischer Masochismus. Die Vorstände haben deshalb hierzu noch einmal unlängst eine prinzipielle Vorstandsentscheidung herbeigeführt.

Auch in der Konzeptarbeit hat diese Strategie erhebliche Vorteile: Ein Konzept zur integrierten Versorgung einer Erkrankung oder die Satzung für eine Berufsgenossenschaft muss nur einmal erstellt werden und steht den anderen zur Verfügung. Der Nachteil ist, dass das Verbandsprofil logischerweise unschärfer wird; dies wird gelegentlich einzelnen Verbänden vorgeworfen. Das ist der Preis für mehr Effektivität und politischer Durchsetzungsfähigkeit. Wir sind uns in den Vorständen darüber einig, dass Sachfragen vor Eitelkeiten Vorrang haben und dass wir innerhalb unserer Fachgruppe uns in Solidarität üben müssen.

Kliniker und Niedergelassene

Der BDN-Vorstand bekennt sich auch zum gemeinsamen Agieren von Neurologen aus Krankenhäusern und Arztpraxen: Der Versorgungsbedarf in der Neurologie ist immens, die Aufgaben für die Zukunft gewaltig. Gleichzeitig haben wir es mit einem Nachwuchsmangel zu tun. Diesen Herausforderungen sind wir nur gemeinsam gewachsen. Auch hier sind wir der festen Überzeugung, dass wir uns gegenseitig schaden, wenn wir uns auseinanderdividieren lassen. Wir sehen jedoch, dass es politisch gewünscht ist, uns in einen Wettbewerb treten zu lassen und zu potenziellen Konkurrenten zu machen. Auf politische Rahmenbedingungen können wir auf zwei Arten reagieren: Entweder wir lassen uns trennen – dann werden Dritte hiervon langfristig profitieren. Oder wir setzen auch im Sinne einer guten Patientenversorgung statt auf institutionellen Wettbewerb auf intelligente Behandlungspfade und vernünftige Kooperationen. Selbstverständlich propagieren wir verbandspolitisch die letztere Alternative.

Gute regionale Kooperationen können wir nicht erzwingen, auch haben wir als Verband keinen direkten Einfluss auf regionale Absprachen. Allerdings können wir Verständnis für die jeweils systemimmanenten Probleme entwickeln und musterhaft Modelle erstellen. Wir freuen uns, dass die DGN dies ebenso sieht und wir auf eine gute Zusammenarbeit zurückblicken können. Es ist in den letzten Jahren völlig selbstverständlich geworden, dass wir uns informieren, Projekte gemeinsam planen und in Arbeitsgruppen und Kommissionen gemeinsam vertreten sind. In der DGN sind das die Kommissionen Leitlinien, Gebührenordnung und Versorgungsforschung.

Paritätische Besetzung

Verbandsintern haben wir bereits bei Gründung des BDN darauf geachtet, dass auf Vorstandsebene alle Sektoren paritätisch vertreten sind. Die Gründungssatzung sah bereits vor, dass der Vorsitz alle zwei Jahre zwischen einem Kliniker und einem Niedergelassenen wechselt. Damit dies nicht turnusmäßig zu einem Wechsel der Verbandsprioritäten führt, haben wir uns frühzeitig entschlossen, nach außen hin von zwei Vorsitzenden zu sprechen, die dann nur vereinsjuristisch die Plätze tauschen. Von den acht Vorstandsmitgliedern sind vier Kliniker, davon ist einer Universitätskliniker und einer ein Rehabilitationsmediziner. Von den vier Niedergelassenen ist einer BVDN-Vorstandsmitglied. Diese Konstellation ermöglicht direkte Absprachen im Vorfeld und verhindert mühsames Zusammenkleben „zerschlagenen Porzellans" im Nachhinein. Die Vorstandsmitglieder der Verbände und der DGN sind sich darin einig, dass sie ihre ohnehin zu knappe Zeit so konstruktiv und effektiv wie möglich einsetzen.

Weitere Partner und Kooperationen

Zehn Jahre BDN bedeutet auch wachsende Aufgaben und Beschleunigung der Verbandsaktivitäten. Honorare haben schon immer einen Schwerpunkt dargestellt, auch Fragen der Weiterbildung und der Außenpräsentation. Nicht zuletzt durch die Gesundheitsreform haben die Arbeitsfelder wie beispielsweise Qualitätsmanagement und Qualitätsindikatoren oder neue Vertrags- und Versorgungsformen deutlich an Umfang zugenommen. Damit steigt auch die Zahl der Arbeitsgruppen, Kommissionen, Telefonkonferenzen, Vorstandssitzungen und vor allem der Termine in der KBV und in den Länder-KVen, bei Ärztekammern, Spitzenverbänden und Ministerien. Termine bei Krankenkassen im Rahmen von Vertragsverhandlungen nehmen sogar exponentiell zu. Dies gilt auch für Konzeptarbeit, Korrespondenz und für den Grad der Arbeitsteilung. Die Verbandsarbeit haben wir daher über die Jahre professionalisieren müssen. Hierzu haben wir Aufgaben an Unterorganisationen oder an Firmen delegiert. Zu nennen wäre hier die Cortex-Managementgesellschaft, die die Geschäftsabwicklungen und Verträge organisiert. Weiterhin Athene, die uns im Bereich des Qualitäts- und Risikomanagements unterstützt und in den letzten Jahren bei der Verhandlung und dem Vertragsmanagement von IV-Verträgen hilft.

Das Deutsche Institut für Qualität in der Neurologie, DIQN, recherchiert unter anderem in unserem Auftrag und archiviert Daten zur Versorgung und zu Versorgungsstrukturen. Brain-Konzept ist in der Lage, künftig Verträge zu schließen und beispielweise Einkaufsgemeinschaften zu organisieren.

Die Gestaltung der Außenrepräsentation wird über unsere Neurologen-und-Psychiater-im-Netz-(NPIN)-Seiten und die Pressearbeit über die Agentur von Monks übernommen. Unser Verbandsjustiziar Dr. Ingo Pflugmacher berät uns in juristischen Fragen. Ohne Outsourcing wäre die Arbeit nicht in diesem vollen Umfang möglich. Über die Aktivitäten der Unterorganisationen und Partner informieren die einzelnen Artikel wie immer in diesem Sonderheft. □

AUTOR

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Mitgliederversammlung und BDN-Forum

Rahmenbedingungen der neurologischen Versorgung heiß diskutiert

Wie üblich findet das jährliche BDN-Forum während des DGN-Kongresses statt. Die Mitgliederversammlung dagegen wird am 21. November in Frankfurt am Main abgehalten, prominente Experten wie Prof. Jürgen Wasem, Dr. Andreas Köhler und Wolfram-Armin Candidus gehören zu den Gastreferenten.

Es ist in den zehn Jahren der BDN-Geschichte zur Tradition und zur Selbstverständlichkeit geworden, dass wir einmal im Jahr auf der DGN-Tagung ein BDN-Forum veranstalten und eine Mitgliederversammlung abhalten. Das hat naheliegende Vorteile und sich in hohem Maße bewährt. An dieser Tradition wollen wir auch in den kommenden Jahren im Grundsatz festhalten. In diesem Jahr aber brechen wir ausnahmsweise mit dieser Tradition, da es uns nicht gelungen ist, einen attraktiven Veranstaltungstermin zu finden. So gibt es zwar das BDN-Forum am Mittwoch Nachmittag, jedoch keine anschließende Mitgliederversammlung, für die nur eine Stunde geblieben wäre. Erfahrungsgemäß ist der Mittwoch als Anreise- und Kommissionstag äußerst ungünstig und für viele Kolleginnen und Kollegen nicht kompatibel. Auch hielten wir in Anbetracht der Honorarreform und nicht zuletzt unseres kleinen Jubiläums den zeitlichen Umfang für nicht angemessen und haben nach Alternativen gesucht.

Separate Mitgliederversammlung

Wir werden daher in diesem Jahr ausnahmsweise eine eigene Veranstaltung organisieren. Diese wird unter anderen einen Vortragsteil über die Rahmenbedingungen der Versorgung unserer Patienten beinhalten, für den wir prominente Redner gewinnen konnten. Das übergeordnete Thema sind die ökonomischen Rahmenbedingungen der Versorgung neurologischer Patienten – vor dem Hintergrund von Versorgungsbedarf und Nachswuchsproblemen. Die

BDN-Forum auf dem DGN-Kongress

Mittwoch, 23. September 2009
14.30–16.00 Uhr
Raum K5

Thema: Aktuelles aus der Berufspolitik
Vorsitz: Uwe Meier, Grevenbroich, Hans-Christoph Diener, Essen

14.30–15.00 Uhr
Teil 1: Nachwuchsarbeit in der Neurologie – wie können wir Nachwuchs gewinnen?

Arne Hillienhof, Köln: Initiativen von BDN und DGN zu Nachwuchsförderung in der Neurologie

Martin Wolz, Dresden: Aktivitäten der „Jungen Neurologen“

15.00–15.30 Uhr
Teil 2: Honorarentwicklung in der ambulanten Versorgung

Frank Bergmann, Aachen: Entwicklung der Regelleistungsvolumina bei Neurologen und Nervenärzten

Uwe Meier, Grevenbroich: Aktivitäten der Verbände und Versorgungsperspektiven

15.30–16.00 Uhr: *Diskussion*

Berufspolitisches Forum des BDN im Rahmen der Essener Neurologietage 2009

Freitag, 30. Oktober 2009, Congress Center Essen Messe
14.00–17.00 Uhr
CC West, Saal Brüssel
Thema: Kooperationsmodelle Klinik/Praxis
Vorsitz: Hans-Christoph Diener, Essen, Uwe Meier, Grevenbroich

14.00–14.30 Uhr
Ingo Pflugmacher, Bonn: Kooperationsmodelle – Juristische Aspekte

14.30–15.00 Uhr
Elmar Busch, Gelsenkirchen, Uwe Meier, Grevenbroich: 116er Ambulanzen: Gefahr oder Chance?

15.00–15.30 Uhr
Ralf Gold, Bochum, Uwe Meier, Grevenbroich: Referenz- und Kompetenzzentren für Innovative Immuntherapien

15.30–16.00 Uhr
Frank Bergmann, Aachen, Uwe Meier, Grevenbroich: Praxisnetze für Neurologen und Nervenärzte

16.00–17.00 Uhr
Ingo Pflugmacher, Bonn, Uwe Meier, Grevenbroich, Hans-Christoph Diener, Essen: Erfahrungsaustausch und Diskussion

Honorarentwicklung wird aufgrund der aktuellen Ereignisse schwerpunktmäßig thematisiert. Wir freuen uns, dass wir Prof. Jürgen Wasem gewinnen konnten. Er hat als Lehrstuhlinhaber für Medizinmanagement und als Vorsitzender des Erweiterten Bewertungsausschusses in der vertragsärztlichen Versorgung jüngste „Honorargeschichte" geschrieben und verfügt darüber hinaus über ein weitreichendes und intimes Systemwissen. Dr. Andreas Köhler wird uns als Vorstandsvorsitzender der KBV ebenfalls aus erster Hand über die Zukunft der Kollektivverträge und über die Entwicklung der Honorare informieren.

Aber auch für klinisch tätige Kollegen soll die Veranstaltung interessant sein. Zunächst ist es uns sehr wichtig gewesen, dass nicht nur über Patienten gesprochen wird, sondern dass wir auch direkt mit Patientenvertretern sprechen. Wolfram-Arnim Candidus ist Präsident der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten und verfügt ebenfalls über brilliante Systemkenntnis. Er hat nicht nur sehr klare Vorstellungen von einem gerechten Gesundheitssystem, sondern formuliert diese auf pointierte und unmissverständliche Weise.

Weitere zentrale Themen

Wir haben unseren Verbandsjustitiar Rechtsanwalt Dr. Ingo Pflugmacher gebeten, uns über Möglichkeiten der Kooperation im Zusammenhang mit 116er-Ambulanzen zu berichten (siehe dazu auch S. 30)und wir werden vor diesem Hintergrund auch das Thema Vernetzung und Kooperation auf die Tagesordnung setzen. Hier werden wir unter anderem über die Vernetzung in der MS-Versorgung sprechen. Neben Klinikern sind natürlich auch die Vertreter von Netzwerken eingeladen, mit uns ihre Erfahrungen auszutauschen.

Ab 2010 werden wir wieder wie gewohnt, auf der DGN-Tagung mit dem BDN-Forum und der Mitgliederversammlung präsent sein. Zudem werden wir uns auch stärker am Neurologen- und Psychiatertag (NUP-Tag) beteiligen. Dies haben wir mit dem Vorstand des BVDN so besprochen, damit die Anzahl der berufspolitischen Veranstaltungstage überschaubar bleibt und wir die Synergien stärker nutzen können. Der NUP-Tag wird auch ein Ort sein, an dem sich die BDN-Landessprecher regelmäßig austauschen.

Wir freuen uns auf eine anregende und spannende Veranstaltung und hoffen auf eine rege Beteiligung Ihrerseits. □

AUTOREN

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

Außerordentlicher Neurologentag und Mitgliederversammlung BDN 2009

Samstag, 21. November 2009, 11.00–16.00 Uhr
Frankfurt/Main, InterCityHotel Frankfurt Airport, Am Luftbrückendenkmal 1, 60549 Frankfurt/Main – CargoCity Süd, Tel.: 069 69709403

10.30–13.00 Uhr
Thema: Die Zukunft der Versorgung neurologischer Patienten in Deutschland
Vorsitz: Hans-Christoph Diener, Essen, Uwe Meier, Grevenbroich
Moderation: Frank Bergmann, Aachen

Vorträge
Hans-Christoph Diener, Essen (BDN): Grußwort und Einleitung

Uwe Meier, Grevenbroich (BDN): Die Posteriorisierung von Schwerkranken? – Systemfehler der Ressourcenallokation im deutschen Gesundheitssystem am Beispiel neurologischer Patienten

Wolfram-Arnim Candidus, Heppenheim (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V.): Sind die Anreize für die Behandlung schwerkranker Patienten im deutschen Gesundheitssystem ausreichend? – Die Patientenperspektive

Jürgen Wasem, Essen (Universität Duisburg-Essen, Erweiterter Bewertungsausschuss): Sind die Instrumente für eine morbitätsgerechte und solidarische Umverteilung der Mittel im deutschen Gesundheitssystem ausreichend? – Die medizinökonomische Perspektive

Andreas Köhler, Berlin (KBV): Die Perspektive der Selbstverwaltung – Weiterentwicklung von Kollektivverträgen und Vergütungssystemen in der vertragsärztlichen Versorgung

Diskussion

13.00–14.00 Uhr
Imbiss

14.00–15.00 Uhr
Einleitungsreferat

Ingo Pflugmacher, Bonn (Justiziar der neurologischen Berufsverbände): Kooperation und Vernetzung – Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Kliniken und niedergelassenen Neurologen am Beispiel der 116er-Ambulanzen

Diskussion

Netzwerke ZNS und Zentren für innovative Immuntherapien – Aktuelle Entwicklungen und Erfahrungsaustausch

15.00–16.00 Uhr
Mitgliederversammlung BDN

Honorarsituation in der ambulanten Versorgung

Positiver Trend – aber kein Grund zur Entwarnung

Die vorläufigen Zahlen für das erste Quartal dieses Jahres zeigen eine günstige Entwicklung für die Niedergelassenen. Hier hat die stringente Politik der Verbände viel bewirkt. Trotzdem muss gerade die Situation der Neurologen und Nervenärzte genau analysiert werden, um die Honorarveränderungen realistisch zu sehen.

Foto: Fotolia.com/Bilderbox

Die Steigerung des Honorars sämtlicher Vertragsärzte im ersten Quartal 2009 hat ein großes Medienecho ausgelöst. Dies ist vor dem Hintergrund der vorausgegangen Ärzteproteste durchaus verständlich. Die Proteste haben in der Öffentlichkeit den Eindruck hinterlassen, dass deutsche Kassenärzte aufgrund dramatischer Honorarverluste demnächst in Scharen Insolvenz anmelden müssten. Die nun veröffentlichten Daten sorgen für „kognitive Dissonanzen" in der Öffentlichkeit. In der Pressekonferenz der KBV vom 27. Juli 2009 wurde bekannt gegeben, dass das Honorar der Hausärzte um 10 % und das der Fachärzte um 9 % gestiegen ist. Dieser Anstieg scheint zunächst im Vergleich zu anderen Berufsgruppen unverhältnismäßig und so verwundert es nicht, dass dieser Umstand von Politik und Medien genüsslich aufgegriffen wurde. Der Arzt, der mit seinem Porsche zur Protestkundgebung fährt, ist zum Sinnbild geworden.

Klagen auf hohem Niveau?

Die Süddeutsche Zeitung titelte in ihrer Ausgabe vom 13. August, dass die Ärztefunktionäre über sinkende Einkommen klagten, obwohl die Honorare der niedergelassenen Mediziner in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen seien. Nach den Daten des statistischen Bundesamtes hätten die Ärzte in dem Zeitraum von 2002 bis 2007 – also ohne Berücksichtigung der jüngsten Entwicklung – ihr Honorar um 12,7 % erhöhen können. Dies sei mehr als die Steigerungen der Bruttoverdienste der Arbeitnehmer in Deutschland. In der Tat lassen sich diese Daten nicht wegdiskutieren und es scheinen Vertreter einiger Fachgruppen auf sehr hohem Niveau zu klagen. Die jetzt präsentierten Daten sind natürlich Durchschnittswerte. In unserer Fachgruppe ist wie so oft vieles anders und meist komplizierter. Die Entwicklungen haben bei uns ohne Zweifel über Jahrzehnte mit kontinuierlichen Honorarverlusten einen gegenläufigen Trend genommen – was auf der anderen Seite bedeutet, dass einige Fachgruppen noch sehr viel stärker profitiert haben.

Medien lassen wenig Platz für Details

Die durchschnittlichen Daten zur Honorarsteigerung, wie sie in den Medien nunmehr dargestellt werden, sind für unsere Fachgruppe ein erhebliches Problem: Schlagzeilen lassen keinen Raum und schaffen keinen Bedarf für eine differenzierte Betrachtung. Exakte Analysen sind jedoch nötig, wenn naturgemäß begrenzte finanzielle Ressourcen möglichst effizient und rational verteilt werden sollen. Wir brauchen demnach vor allem solide Daten, wenn wir nicht riskieren wollen, dass sich unsere Einwände vor dem Hintergrund der gesamten Honorarentwicklung in das übliche Klagen einreihen. Der reine Protest wird nicht mehr ernst genommen.

Gutachten der IGES

Die Strategie der Berufsverbände war es, möglichst präzise Daten zu sammeln und auszuwerten – von unabhängiger Seite. Wir haben daher das IGES-Institut mit verschiedenen Fragestellungen beauftragt. Das im Oktober 2007 von IGES vorgestellte Gutachten hat sich mit den Strukturen und der Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung beschäftigt. Die dabei präsentierten Daten sind inzwi-

schen allgemein bekannt und akzeptiert. Insbesondere wurden sie nicht nur von den Kassenärztlichen Vereinigungen wahrgenommen, sondern auch von den Ministerien. Eine der Kernaussagen des Gutachtens war, dass sich entgegen dem Trend der gesamten Vertragsärzteschaft das Honorar in unserer Fachgruppe in den letzten Jahren kontinuierlich verringert hat. 2005 betrug das Honorar eines Neurologen pro Patienten 43 Euro. Dagegen ist die Fallzahl im Beobachtungszeitraum von 1994 bis 2004 erheblich gestiegen. Neurologen und Nervenärzte haben im Jahr 2004 1.000 Patienten mehr behandelt als 1994, was einer Steigerung von 37–42 % entspricht. Die Zusammenfassung des Gutachtens lautet: kontinuierlich steigende Versorgungsleistung bei kontinuierlich sinkendem Einkommen.

Problematisches Verteilungssystem

Die Ursache für die sinkenden Honorare ist historisch begründet und hat mehrere Wurzeln. Einer der Gründe lag offensichtlich in einer schlechten Repräsentation in den Honorarverteilungsgremien auf Länderebene. Die Verteilung der Gelder unterlag keinen rationalen Kriterien, sondern erfolgte letztlich über pseudodemokratische Strukturen. Aufwertung einer schwachen Fachgruppe bedeutet Umverteilung. Sind hier die Grenzen erstmal festgelegt, können die Verhältnisse innerhalb des Systems nur schwer verändert werden. Hinzu kamen die unterschiedlichen honorarbegrenzenden Maßnahmen der Länder, die eine Anpassung der Vergütung an die nachweisliche Steigerung der Versorgungsleistung verhindert haben. Eine weitere Ursache war die zu niedrige Bewertung der neurologischen Leistungen auf Bundesebene. Die Kostenstrukturen haben sich in der Neurologie mit dem Fortschritt der Technik erheblich weiterentwickelt ohne dass die Punktmenge der einzelnen Leistungen angepasst wurde.

Wichtige Strategien

Was konnten wir vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen tun – wo waren die Hebel? Mit Säbelrasseln allein ist es in der Berufspolitik nicht getan. Notwendig waren vor allem belastbare Daten zur Honorarentwicklung und zu den Betriebskosten. Mit den IGES-Daten hatten wir erstmals die Möglichkeit, das Missverhältnis von Versorgungsleistung und Honorarentwicklung von unabhängiger Seite darzustellen. Die Stützung der Fachgruppe erfolgte über mehrere Mechanismen:

Einführung von Betreuungsleistungen: Die erste Maßnahme war die Einführung der neurologischen Bertreuungsleistungen, die gewissermaßen Strukturziffern entsprachen. Dadurch wurde erstmals die Versorgungsleistung der Fachgruppe anerkannt. Dies hat zunächst noch nicht zu mehr Honorar geführt. Die Steigerung der Punktanforderungen waren allerdings eine wichtige Grundlage für die Berechnung der Regelleistungsvolumen (RLV) unserer Fachgruppe. Sie haben faktisch wesentlich höhere RLV bewirkt.

Berücksichtigung höherer Betriebskosten: Die zweite wesentliche Maßnahme war die Durchsetzung der Neuberechnung unserer Betriebskosten und deren Berücksichtigung in der Leistungsbewertung im EBM 2008. Das Problem der hohen Betriebskosten war zwar seit Jahren bekannt – insgesamt waren aber drei Anläufe nötig, bis die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Krankenkassen durch eine gemeinsam in Auftrag gegebene Analyse die Daten zu den aktuellen Betriebskosten akzeptiert haben. Das jüngste Gutachten wurde in den letzten Wochen vor Festlegung des EBM 2008 fertig gestellt und konnte in letzter Minute noch eingearbeitet werden. Für die Neurologen bedeutete dies eine Anhebung der Betriebskosten um 26 % von 109.330 auf 138.300 Euro. Weiterhin erfolgte eine generelle Anpassung des kalkulatorischen Arztlohnes von 95.553 auf 105.571 Euro aufgrund der Mehrwertsteuererhöhung, was einer Erhöhung des kalkulatorischen Arztlohnes von 77,9 auf 86,09 Cent/Minute entsprach.

Erfolg für die Verbände

Für die Neurologen und Nervenärzte bedeutet die Berücksichtigung der Betriebskosten und die Erhöhung des kalkulatorischen Arztlohnes eine Steigerung in den technischen Leistungen zwischen 15 % und 19 %. Aufgrund der Budgetbegrenzungen war diese Steigerung zwar 2008 noch nicht honorarwirksam, sie bildeten aber zwingend die notwendige Kalkulationsgrundlage für die Honorarreform 2009, da die fachgruppenspezifischen EBM-Anpassungen bei der Berechnung der Leistungsmengen 2009 vollständig berücksichtigt wurden. Die Summe dieser Maßnahmen hat dazu geführt, dass das Honorar der Nervenärzte und Neurologen 2009 durchschnittlich bis 20 % gegenüber dem Vorjahr gestiegen ist. Das hat uns erstmals in die oberen Ränge der Honorarstatistiken gebracht – zweifelsohne ein Erfolg und ein notwendiger Schritt in die richtige Richtung. Allerdings reicht dies aus verschiedenen Gründen nicht aus. Der wichtigste Grund ist, dass es sich hier um relative Effekte handelt. Wie sich diese absolut auswirken, muss noch ermittelt und bewertet werden. Die Effekte sind auf keinen Fall geeignet, die seit 1994 bestehende Talfahrt zu kompensieren. Dies muss vor allem immer wieder denjenigen gesagt werden, die uns nun als die Gewinner der Reform darstellen wollen. Zum anderen handelt es sich um Mittelwerte und wir müssen nun eine sorgfältige Detailanalyse vornehmen.

Honorarreform 2009: Gewinner und Verlierer

Eine endgültige Analyse der Abrechnungsergebnisse des ersten Quartals ist derzeit noch nicht möglich, da noch längst nicht alle Zahlen aus den Bundesländern in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Folgende grundsätzliche Aussagen lassen allerdings die von der KBV am 27. Juli des Jahres veröffentlichten Zahlen über die Abrechnungsergebnisse des ersten Quartals schon jetzt zu: Ein wesentliches Kriterium für die Abrechnungsergebnisse in neurologischen und nervenärztlichen Praxen ist die Mittelverteilung aus dem Gesundheitsfonds. Die Beschlüsse des erweiterten Bewertungsausschusses, die Verteilung der Mittel und insbesondere auch die Aufteilung der Honorarzuwächse entscheiden darüber, ob eine Fachgruppe Gewinne oder Verluste erzielt. So hat sich beispielsweise das Gesamthonorar in Baden-Württemberg um 0,7 % verringert, während Berlin mit einem Honorarzuwachs von 32,2 % den Spitzenplatz einnimmt. Wenig Honorarzuwachs verzeichnen

Bundesländer wie Bayern mit 3,5 %, Rheinland-Pfalz mit 5,3 % und Nordrhein mit 4,2 %.

Die KVen, die vom durchaus beabsichtigten Ausgleich des Nord-Süd- beziehungsweise West-Ost-Gefälles profitiert haben, sehen sich in ihrer Politik und in den Entscheidungen auf Bundesebene bestätigt, während diejenigen, die zu den „Geber-KVen" zählen, nun für eine verstärkte Honorarpolitik auf regionaler Ebene eintreten. Auch wenn innerhalb unserer Fachgruppe zwei Drittel bis drei Viertel aller Ärzte bundesweit im Quartal I/2009 gegenüber dem Vorjahresquartal leicht profitiert haben: Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass mindestens 25 % der Kollegen Verluste hinnehmen mussten. Vor dem Hintergrund der ohnehin niedrigen Ausgangsbasis der letzten Jahre (und damit auch im Vergleichsquartal I/2008) ist das ein Ergebnis, das wir keinesfalls hinnehmen können.

Weichen neu gestellt

Durch die Einführung der Betreuungsziffern und vor allem durch die Neuberechnung der Betriebskosten wurde erreicht, dass in den Bundesländern, in die aufgrund der Länderverteilung ausreichende Finanzmittel geflossen sind, auch spürbare Honorarzuwächse bei Neurologen und Nervenärzten zu verzeichnen waren. Dort, wo beispielsweise die Betreuungsziffern in ausreichendem Umfang abgerechnet wurden und diese in die zu berücksichtigende Gesamtleistungsmenge eingeflossen sind, haben sich diese Ziffern stabilisierend auf die RLV ausgewirkt. Die Grundproblematik der RLV bleibt aber die Pauschalierung und damit auch die Nivellierung des Leistungsgeschehens. Der konsequente Fallbezug in der Mengensteuerung hat insbesondere viele hoch spezialisierte neurologische Praxen in die jetzige zum Teil sehr problematische Situation gebracht. Eine spezialisierte Praxis etwa mit einem hohen diagnostischen Anteil im Bereich Ultraschall und Elektrophysiologie und vergleichsweise niedrigen Fallzahlen muss bei einem über die gesamte Fachgruppe ermittelten durchschnittlichen Fallwert (und ohne Kompensationsmöglichkeiten durch Praxisbesonderheiten) erhebliche Umsatzeinbußen hinnehmen.

Unabhängig von der fundamentalen Kritik an dieser Systematik sind aber auch bei der konkreten Umsetzung und Berechnung systembedingte Fehler und Verwerfungen aufgetreten: In Rheinland-Pfalz wurde ein neurologisches RLV mit Fallwerten aus nur drei Facharztpraxen berechnet. Wen wundert es, dass dieses RLV an der Realität der Praxen vorbeigeht? Darüber hinaus wurde die Arztzahldynamik der Fachgruppe nicht berücksichtigt: Wie Dr. Thomas Kopetsch von der KBV im Sommer 2009 mitteilte, nahm die Zahl der Neurologen von 2007 auf 2008 bundesweit um rund 9 % zu. In die RLV-Berechnungsformeln fließen aber lediglich die kumulative Leistungsmengen der Fachgruppen aus 2007 und die Fallzahlen aus 2008 mit ein. Daher könnte der erwähnte Anstieg der Arztzahlen (mit einer sehr wahrscheinlichen Zunahme der Fallzahlen) ein Faktor sein, der bisher in keiner Weise berücksichtigt wurde und zur Honorarproblematik neurologischer Praxen beiträgt.

Spezialisiertes Leistungsspektrum nicht erfasst

Aus Sicht von BDN und BVDN ergeben sich Forderungen, die deutlich über die Korrektur dieser angesprochenen Detailfehler in den Berechnungsgrundlagen hinausgehen: Das System einheitlicher Pauschalen mag möglicherweise in anderen medizinischen Bereichen wie beispielsweise bei der hausärztlichen Versorgung zielführend sein. Für die Abrechnung spezialisierter und differenzierter neurologischer Diagnostik und Therapie eignet es sich jedoch nicht. Weder sind Schwerpunkte und Kompetenzen neurologischer Praxen in diagnostischer Hinsicht abgebildet noch die zeitintensive neurologische Behandlung und Betreuung akuter und chronischer Krankheitsbilder. Die Abbildung dieses Leistungsspektrums gelingt nur im Rahmen einer Einzelleistungsvergütung.

ICD-Problematik

Ein weiterer Punkt ist bedeutsam: Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich hat die große volkswirtschaftliche Bedeutung von ZNS-Krankheiten transparent gemacht. Infolgedessen sind die Einnahmen der Kassen in nicht unerheblicher Weise davon abhängig, wie

viele ihrer Versicherten mit entsprechenden ICD-Diagnosen kodiert sind.

Nachdem die finanzielle Ausstattung der Kassen jetzt durch die Morbidität der Patienten bestimmt wird, wird es höchste Zeit, dass auch diejenigen von der Verteilung der Mittel profitieren, die Patienten mit hoher Morbidität behandeln. Diese Forderung wurde bereits im Mai 2009 anlässlich des Neurologen- und Psychiatertages des BVDN in Köln formuliert: Zugriff der Fachgruppe auf Vergütungsanteile aus dem Morbi-RSA – und zwar unabhängig vom Leistungsgeschehen und der Mengendynamik in anderen Fachgruppen.

Vorläufiges Fazit

In denjenigen Bundesländern, in denen die gesamte Fachärzteschaft Honorarzuwächse verzeichnen konnte, haben Neurologen und Nervenärzte überproportional profitiert – in Niedersachsen beispielsweise mit 44,9% Honorarzuwachs deutlich vor den meisten anderen Fachgruppen. Die Berufsverbände haben insofern ihre Hausaufgaben gemacht und dafür gesorgt, dass unsere Fachgruppen im Vergleich zur übrigen Fachärzteschaft mittlerweile besser aufgestellt sind. Verluste sind weniger dem EBM zuzuschreiben, als vielmehr den fehlberechneten RLV, vor allem aber der asymmetrischen Verteilung von Finanzmitteln in den einzelnen KVen.

Die jetzt noch erforderlichen Änderungen müssen auf der Ebene des Gesetzgebers, in den Gremien der KBV und im Erweiterten Bewertungsausschuss erfolgen. Unabhängig von „äußeren Taktgebern“ wie beispielsweise der Bundestagswahl befinden sich BDN und BVDN in ständigem Kontakt mit Gesundheitspolitikern aller Parteien sowie mit den entscheidenden Personen der ärztlichen Selbstverwaltung auf Bundesebene. Auch hier sind die in unserem Auftrag erstellten Gutachten wesentliche Argumentationshilfen.

Systematische Benachteiligung

Es besteht kein Zweifel an der Tatsache, dass die Ressourcen im Gesundheitswesen begrenzt sind. In Zeiten der Wirtschaftskrise ist eine deutliche Erhöhung der finanziellen Mittel unwahrscheinlich. Die zentrale gesundheitspolitische Frage lautet: Wie können diese Mittel sinnvoll verteilt werden?

Bisher scheuen alle Gesundheitspolitiker das Thema der Priorisierung wie der Teufel das Weihwasser, denn effizienter kann man Wähler nicht verlieren. Gleichwohl ist allgemein bekannt, dass die Priorisierung schon selbstverständliche Versorgungsrealität ist. In der Honorarverteilungslogik ist dies auch offenbar politisch so gewollt: Die Unterscheidung in Leistungen, die dem RLV unterliegen, und in unbudgetierte Leistungen führt zu einer Priorisierung der freien Leistungen und zu einer Rationierung der Regelleistungen. Betrachtet man die Liste der freien Leistungen, erscheint diese oft willkürlich und zufällig, mitunter auch kontraproduktiv. Mit welchem Recht werden etwa Akupunkturen, MRT-Angiografien, ambulante Operationen und Laborleistungen budgetfrei vergütet – während die Honorare in der Regelversorgung Schwerkranker in dem Maße sinken, in dem freie Leistungen ausgeweitet werden? Dies kann kein Politiker wollen.

Prävention auf Kosten Schwerkranker

Viele Politiker wollen Präventionsleistungen durch extrabudgetäre Honorierung noch mehr fördern. Nun wird keiner etwas grundsätzlich gegen Präventionsleistungen sagen wollen, wenn deren Wirksamkeit nachgewiesen ist. Wenn dies aufgrund der Umverteilungseffekte aber unweigerlich zu einer Verschärfung der Situation von bereits Erkrankten führt, ist das aus unserer Sicht zynisch und skandalös. Dies betrifft unsere Patienten allemal: Was kann ein Patient mit MS, Parkinson oder Demenz für seine Erkrankung – und welche Prävention könnte ihn davor schützen? Diese Politik hat eine „Posteriorisierung“ der Versorgung Schwerkranker zur Folge, die nicht akzeptabel ist. Wir haben das wiederholt gegenüber der Politik deutlich gemacht, ausführlich in den gesundheitspolitischen Nachrichten mit der Zielgruppe der Bundestagsabgeordneten publiziert und auf einer Bundespresskonferenz zusammen mit Patientenvertretern dargelegt. Dieses Thema werden wir auch auf unserem außerordentlichen Neurologentag am 21. November 2009 in Frankfurt diskutieren, zusammen mit dem Schlichter im Erweiterten Bewertungsausschuss Prof. Jürgen Wasem, dem KBV-Chef, Dr. Andreas Köhler, und dem Präsidenten der Vereinigung der Versicherten und Patienten, Wolfram-Arnim Candidus. Hier muss eine politische Weichenstellung erfolgen, damit für die Versorgung der Schwerkranken ausreichende Mittel mit hoher Priorität und ohne Budgetbegrenzung zur Verfügung stehen. Nicht zuletzt handelt es sich dabei um neurologische Patienten, die ein Viertel der Morbi-RSA-Diagnosen ausmachen. □

AUTOREN

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

Klinische Versorgung in der Neurologie

Viele Probleme sind ungelöst

Die Entwicklungen im Gesundheitssystem wirken sich auf die Versorgungssituation in den neurologischen Kliniken aus. Gerade die sinkende Anzahl von Ärzten ist eine unmittelbare Bedrohung für unser Fachgebiet.

Der Nachwuchsmangel in der Medizin hat jetzt auch die neurologischen Kliniken und Abteilungen erreicht. Besonders gravierend ist die Situation in kleinen Abteilungen, in den neuen Bundesländern und in ländlichen Bereichen. Dabei sind neurologische Rehabilitationskliniken noch mehr als die Akutkliniken betroffen.

Die Neurologie hat leider weiterhin den Ruf, ein schwieriges Fach zu sein – mit hohen intellektuellen Ansprüchen. Ein eindeutiger Berufsnachteil ist die Tatsache, dass niedergelassene Neurologen mittlerweile an das Ende der Einkommensskala niedergelassener Fachärzte gerutscht sind. Dass macht diesen Beruf natürlich nicht attraktiver. Hier droht beziehungsweise besteht ein Teufelskreis: Wenn Stellen nicht mehr besetzt werden können, wächst die Belastung für die noch in der Klinik tätigen Ärztinnen und Ärzte, was zu zunehmender Frustration und zum Berufsausstieg führen kann. Die Förderung des Nachwuchses muss bereits im Studium beginnen. Nur die besten und didaktisch begabtesten Dozenten und Professoren sollten die Vorlesungen halten, um Studentinnen und Studenten zu vermitteln, dass die Neurologie ein wirklich interessantes Fachgebiet ist.

Junge Neurologen: vielversprechendes Konzept

Sehr erfreulich ist die Initiative „Junge Neurologen“ des Berufsverbandes und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), die unter anderem an mehreren Stellen in Deutschland im Sommer eine einwöchige „Summer School Neurologie“ veranstaltete, um Studenten höherer Semester und Berufsanfängern unser Fachgebiet schmackhaft zu machen. Über diese Initiative hinaus läuft das Projekt „Dein Tag in der Neurologie“ an, bei dem Studenten in neurologischen Abteilungen strukturiert an das Fach herangeführt werden. Studierende einer benachbarten medizinischen Fakultät werden zu einem „Tag in der Neurologie“ einladen mit Falldemonstrationen, Vorstellung der Klinik und Bedside-Teaching in Kleingruppen. Die Bewirtung und Fahrtkosten für die Studierenden werden von der Klinik übernommen.

Wir können nur empfehlen, dass Chefärzte an neurologischen Kliniken und Abteilungen sehr früh damit beginnen, Studentinnen und Studenten der höheren Semester im Sinne einer Patenschaft an sich zu binden und sie in allen Belangen des Studiums und der zukünftigen Berufsausübung zu beraten (siehe auch S. 36).

Foto: Fotolia.com/Konstantin Sutyagin

Auch die Neurologie hat Nachwuchssorgen. Berufsausstiege und die dadurch zunehmende Überlastung erschweren die Situation in der Klinik.

Intensiv- und Schlaganfallstation sichern Überleben

Die Diagnosis Related Groups (DRG) verursachten zwar eine erhebliche administrative Belastung für Kodierkräfte und ärztliches Personal, erlauben aber zum ersten Mal eine vernünftige Abwägung zwischen Ausgaben und Einnahmen. Fast alle neurologischen Kliniken und Abteilungen in Deutschland sind nach diesen Kriterien deckungsneutral oder erzielen positive Ergebnisse. Diese Tatsache ist aber in erster Linie den Patienten zu verdanken, die auf Intensivstationen beatmet werden, und den Patienten auf Schlaganfallstationen. Das hat eindeutige Implikationen für das Überleben der neurologischen Kliniken und Abteilungen. Diese sind ohne Belegungsrecht auf Intensivstationen oder ohne eine eigene Schlaganfallstation auf Dauer nicht überlebensfähig. Für klassische „nicht-intensivpflichtige“ neurologische Erkrankungen muss weiter an einer besseren Abbildung im DRG-System gearbeitet werden.

Rotation in Psychiatrie als Problem

Ein fortgesetztes Ärgernis in der Weiterbildung ist die Tatsache, dass die Rotation in die Psychiatrie verbindlich vorgeschrieben ist. Für Neurologen wäre es

sehr viel besser, wenn sie die freie Wahl zwischen Psychiatrie, Innerer Medizin, Neurochirurgie und Neuroradiologie hätten. Eine Neurologin oder ein Neurologe, der sich später niederlassen will, muss unbedingt ein Jahr Psychiatrie absolvieren. Für jemand, der seine berufliche Zukunft aber am Krankenhaus sieht, ist eine einjährige internistische oder neuroradiologische Ausbildung von größerem Nutzen.

Wir können die Attraktivität unseres Faches auch dadurch verbessern, indem die Weiterbildung ganz klar in Sechs-Monats-Abschnitten curricular organisiert ist. Damit hätten alle jüngeren Mitarbeiter, die bei uns die Facharztausbildung beginnen, einen klaren Zeitplan und wüssten genau, wann ihre Facharztausbildung zu Ende ist und wann sie die Facharztprüfung ablegen können. Ein individuell zugeordneter Mentor (Oberarzt oder erfahrener Assistent), der den Berufsanfänger auf diesem Weg begleitet, würde zusätzlich die Zufriedenheit im Berufsalltag fördern. Des Weiteren könnten wir möglichst flächendeckend die speziellen Zusatzbezeichnungen für Schmerztherapie, Intensivmedizin und Geriatrie anbieten.

Notaufnahme immer wichtiger

Die Neurologie hat sich in den letzten 25 Jahren dramatisch verändert. Früher war es ein kontemplatives Fach mit überwiegend elektiven Aufnahmen. Heute sind in manchen neurologischen Kliniken bzw. Abteilungen 80 % der stationär aufgenommenen Patienten Notfälle. Dies impliziert natürlich, dass Neurologen zunehmend in der zentralen Notaufnahme eingebunden sind. In größeren Häusern bedeutet dies, dass ein Neurologe in der Notaufnahme präsent ist, bei kleineren Häusern muss die Notaufnahme durch den diensthabenden Neurologen mit versorgt werden. Nur so kann gewährleistet werden, dass alle Patienten mit neurologischen Problemen auch in der Neurologie landen.

Neurologische Intensivmedizin

Die neurologische Intensivmedizin ist integraler Bestandteil der Neurologie. Ein frühes Training auf der Intensivstation während der Weiterbildung zum Neurologen erleichtert unseren jungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern extrem die weitere ärztliche Tätigkeit – insbesondere im Bereitschaftsdienst. Kleine Intensivstationen sind allerdings nicht mehr überlebensfähig. Die kritische Größe für eine Intensivstation liegt bei etwa 14 bis 15 Beatmungsbetten. Daher besteht die einzige Lösung darin, dass neurologische Intensivstationen an den meisten Standorten gemeinsam mit den Nachbardisziplinen (Neurochirurgie, Neuroradiologie oder Innere Medizin) betrieben werden.

Stroke Unit und Intermediate Care

Es ist keine Frage, dass das traditionelle Stroke-Unit-Konzept erweitert werden muss: Die bisherige Größe mit vier bis sechs Betten war ausreichend für die Akutversorgung von Schlaganfallpatienten innerhalb der ersten 72 Stunden. Um diesen Patienten aber gerecht zu werden, ist es auf lange Sicht wünschenswert, dass Stroke Units zwischen zehn und zwölf Betten haben, damit die Patienten bis zu ihrer Verlegung in die Rehabilitation oder bis zur Entlassung von den kompetenten Mitarbeitern einer Stroke Unit betreut werden können.

Ein weiterer integraler und zwingender Bestandteil der Neurologie sind Intermediate-Care-Betten. Aus struktureller Sicht bietet sich an vielen Standorten an, die Intermediate-Care-Station mit der Stroke-Unit zusammenzulegen, damit das entsprechend qualifizierte nicht-ärztliche Personal dort konzentriert werden kann. Eine andere Lösung ist, Intermediate-Care-Stationen gemeinsam mit der Neurochirurgie oder der Inneren Medizin zu betreiben.

Kooperation mit Niedergelassenen

Die Neurologie muss sich flächendeckend vernetzen. Dazu gehört nicht nur, dass Universitätskliniken und neurologische Kliniken in Netzwerken organisiert sind, sondern dass auch neurologische Kliniken und Abteilungen den Kontakt mit den Netzwerken niedergelassener Kollegen suchen. Nur gemeinsam sind wir stark – das letzte, was unser Fachgebiet braucht, ist ein Konkurrenzkampf zwischen Niedergelassenen und Krankenhäusern. Arbeit ist für alle da; es geht nur darum, operational zu definieren, wer welche Leistung am besten und vor allem kostendeckend erbringen kann. Dies hat besondere Bedeutung für die zukünftige Versorgung von ambulanten Patienten nach § 116 SGB V. Hier ist es nicht damit getan, dass neurologische Kliniken und Abteilungen nach Erteilung einer entsprechenden Genehmigung durch die Regierungspräsidien einfach anfangen, diese Patienten flächendeckend zu behandeln – hier muss eine vernünftige Kooperation mit niedergelassenen Kollegen erfolgen. Ein Paradebeispiel hierfür ist die Multiple Sklerose, wo es eine klare Arbeitsteilung geben kann, welcher Partner in einer solchen Kooperation welche Aufgaben übernimmt.

Organisation ist überlebenswichtig

Fächer wie die Neurologie sind nur dann überlebensfähig, wenn sie sich auch politisch artikulieren. Die DGN kümmert sich um die klinischen und wissenschaftlichen Belange des Fachgebietes. Die Berufsverbände (BDN und BVDN) sind für die berufspolitische Umsetzung neurologischer Ziele verantwortlich, und zwar für alle Neurologen, unabhängig davon, ob sie im Krankenhaus, in einer Rehabilitations- oder Fachklinik oder in der Praxis tätig sind. Berufsverbände werden aber nur gehört, wenn sie gut organisiert sind und viele Mitglieder haben.

Die Schlagkraft eines Berufsverbandes nimmt ganz klar mit der Zahl seiner Mitglieder zu. Daher der abschließende Appell an die Leser: Seien Sie bitte kein passiver Trittbrettfahrer in der heutigen schwierigen Situation im Gesundheitswesen, sondern tragen Sie durch Ihre Mitgliedschaft in den Berufsverbänden aktiv zur Verbesserung der Situation in der Neurologie bei! □

AUTOREN

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

Netzwerke in der Neurologie

Vernetzt in die Zukunft

Derzeit kann niemand voraussagen, wie sich das Gesundheitssystem weiterentwickelt. Für die Versorgung neurologischer Patienten werden Alternativen zum Kollektivvertrag weiterhin von großer Bedeutung sein. Netzwerke sind etwa bei Direktverträgen mit den Krankenkassen klar im Vorteil. Die Berufsverbände und Athene bringen hier professionelles Know-how mit ein.

Eine erste grundlegende Weichenstellung zur Neugestaltung der Vertragsbeziehungen in der ambulanten Versorgung erfolgte mit der Gesundheitsreform 2004: Durch finanzielle Anreize („Anschubfinanzierung“) sollten sektorenübergreifende Direktverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geschlossen werden. Vordergründig bestand das Ziel im Wettbewerb um bessere Versorgungsformen, natürlich spielten aber auch Kosteneinsparungen eine entscheidende Rolle – nicht zuletzt wollte man das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) brechen.

Viele werden sich noch an den letzten Bundestagswahlkampf erinnern. Einige Vertreter der Bundesregierung reagierten auf zu scharfe Kritik der KVen unverblümt mit der Drohung, diese einfach abzuschaffen. Forderungen solcher Art hört man zuweilen auch jetzt noch, allerdings nur noch als Drohkulisse einzelner Politiker. Insgesamt ist eher eine Trendwende zu verzeichnen – man könnte fast von einer Renaissance der Kollektivvertäge sprechen.

KVen im Aufwind

In den meisten aktuellen Wahlprogrammen der Parteien finden sich positive Äußerungen zu Kollektivverträgen, die Parteien sprechen sich auch für den Erhalt der KVen aus. Den Hintergrund bilden inzwischen konkrete Erfahrungen mit Vertragsverhandlungen und gelebten Verträgen. Einer ohnehin eher verhaltenen Euphorie, was Anzahl und Umfang von Verträgen betrifft, ist inzwischen eine ebenso verhaltene Ernüchterung gefolgt, denn die Komplexität der Materie wurde zum Teil unterschätzt. Vor allem das Vertragsmanagement und die Verwaltungsabläufe sind erheblich. Dies ist einer der Gründe, warum den KVen zunehmend Wertschätzung entgegen gebracht wird. Man erkennt, mit welcher Professionalität und vor allem mit welchen geringen Verwaltungskosten die KVen arbeiten.

Änderungen trotzdem absehbar

Auch wenn sich demnach in den letzten Jahren einige der politischen Vorhaben relativiert haben, soll dies aber nicht darüber hinweg täuschen, dass sich die Versorgungslandschaft in den nächsten Jahren weiter dramatisch ändern wird. Zwar scheint sich die Prognose der KBV, dass 2015 die Kollektivverträge in der Minderheit sein werden, nicht zu erfüllen. Dennoch sind die Weichen gestellt und Direktverträge im Sinne der integrierten Versorgung nach § 140 und möglicherweise auch Strukturverträge nach § 73 werden weiterhin ihre Bedeutung haben – ganz abgesehen von Verträgen nach § 116, die eine weitere Öffnung der Krankenhäuser beinhalten. Auch hier sehen die Wahlprogramme der Parteien fast durchweg eine zunehmende Aufhebung der Versorgungssektoren. Wir ha-

Meilensteine der Netzwerkentwicklung

2003

Erste Bildung von Arbeitsgruppen zur Entwicklung von Vertragskonzepten

2004

Aufnahme von Gesprächen mit Kostenträgern

2005

Erste Vertragsabschlüsse MS/Depression/Parkinson

2006

Entwicklung der Netzwerkidee

Fotos: alle Fotolia.com/v.l.n.r. Franz Pfluegl, Liv Friis-Larsen, design on arrival, ktsdesign

2003 **2004** **2005** **2006**

ben es also auch künftig mit einer Vielfalt der Vertrags- und Versorgungsformen zu tun. Für die Berufsverbände ist damit klar: Wir werden uns unaufhaltsam aktiv an der Gestaltung von Versorgungsformen beteiligen, damit sich die Bedingungen der Versorgung neurologischer Patienten verbessert – und vor allem, damit unsere Fachgruppe nicht hinten ansteht. Bei neurologischen Patienten handelt sich um schwer beziehungsweise chronisch Kranke, deren Behandlung hohe Kosten verursacht. Rund 25 % aller gelisteten Morbi-RSA-Diagnosen sind neurologischer Art. Wir erfüllen damit eine sehr wichtige und in ihrer Bedeutung wachsende Aufgabe.

Netzwerke im Vorteil

Wettbewerb um Versorgungsformen bedeutet unter anderem Umverteilung der Mittel und damit auch Wettbewerb um finanzielle Ressourcen. Damit unsere Fachgruppe von möglichen Umverteilungen profitiert, müssen wir wettbewerbsfähig sein. Voraussetzung hierfür sind erstens tragfähige Versorgungskonzepte und zweitens die Vertragsfähigkeit unserer Organisationen. Mit der Entwicklung, Verhandlung und den Abschlüssen größerer Verträge sind einzelne Praxen in der Regel vom zeitlichen Aufwand her überfordert. Zudem steigt die Vertragsfähigkeit mit dem Organisationsgrad einer potenziellen Vertragsgemeinschaft. Der regionale Zusammenschluss von Einrichtungen ist eine Möglichkeit, um komplexere Versorgungsangebote zu entwickeln und die Attraktivität von Vertragsabschlüssen zu steigern. Netzwerke von Leistungserbringern verfügen über eine größere Vielfalt von Versorgungsangeboten. So können beispielsweise das Angebot von Edukationsleistungen besser organisiert werden, Subspezialisierungen kenntlich gemacht und netzinterne Behandlungspfade transparenter entwickelt werden.

Neben der Möglichkeit einer intensiveren und effizienteren Medizin können Netzwerke auch wirtschaftlicher sein als Einzelkämpfer. Das betrifft nicht nur die Option, betriebswirtschaftlich kalkulierte innovative Leistungen zu erbringen. Netzwerke sind auch prinzipiell in der Lage, gemeinsame Einkäufe zu tätigen, Geräte gemeinsam zu nutzen und spezialisierte Mitarbeiter (z. B. MS- oder Study-Nurses) gemeinsam zu beschäftigen. Die Berufsverbände haben die Netzwerkidee in diesem Sinne konkretisiert und die Bildung von Zusammenschlüssen aktiv gefördert. Für regionale Zusammenschlüsse von ambulanten Einrichtungen und Kooperationen mit Kliniken haben wir den Begriff „Netzwerke ZNS – Zentren für Neurologie und Seelische Gesundheit“ vorgeschlagen. Dieser Name kann von den Mitgliedern im Sinne einer Coporate Identity verwendet werden.

Erfolgreiche Starthilfe

Mit Beginn der Gesundheitsreform 2004 haben wir zusammen mit Fachgesellschaften und Patientenverbänden Konzepte zur integrierten Versorgung entwickelt und mit den Krankenkassen verhandelt. Die neurologischen Konzepte sind in einer Übersichtsdarstellung bei Thieme publiziert, indikationsbezogen existieren zahlreiche Zeitschriftenbeiträge, aktuell ist eine neue Buchpublikation in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband Managed Care geplant. Einige dieser Vertragskonzepte sind regional oder überregional realisiert. Es existieren auch erste Evaluationsergebnisse laufender Verträge.

Wir haben die Bildung der Netzwerke ZNS gefördert. In den letzten zwei Jahren wurden zahlreiche bundesweite Veranstaltungen mit Unterstützung von Athene und Herrn Wöhr zu diesem Thema durchgeführt, die das Konzept vorgestellt haben. Der Effekt war beeindruckend: Überall wurden Netzwerke gegründet, in einigen Bundesländern haben wir sogar eine vollständige Netzabdeckung. Athene hat im Auftrag der Verbände die Betreuung der Netze übernommen und ist ansprechbar für organisatorische und – in Zusammenarbeit mit unserem Verbandsjustiziar Dr. Ingo Pflugmacher – für juristische Fragen.

Zentrale Kompetenz nutzen

Neben der „Starthilfe“ besteht damit auch die Möglichkeit, gemeinsame Standards der organisatorischen Abläufe und der Außenrepräsentation zu entwickeln, um die Netze vor Ort zu entlasten. So können Flyer und Netzauftritte zentral entwickelt werden, die nur noch regional spezifiziert werden müssen. Auch bei Vertragsverhandlungen und regionalen Konzeptanpassungen ist so eine effektive Hilfestellung möglich. Über diesen Ansatz können die Netzwerke eine Corporate Identity entwickeln, die einen bundesweiten Wiedererkennungswert besitzt. Ein weiterer Aspekt dieser Strategie ist die Möglichkeit des Vertragsabschlusses und des Vertragsmanagements über unsere Berufsgenossenschaft Brain-Konzept, beziehungsweise über die Managementgesellschaft Cortex. Die Ärzte vor Ort werden auf diese Weise von „arztfremden“ Tätigkeiten entlastet und können sich auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren.

2007	2008	2009
Beginn bundesweiter Informationsveranstaltungen	**Entwicklung von Verträgen mit der KBV, Gründung von Brain-Konzept**	**Öffentliche Vorstellung des indikationsübergreifenden Versorgungsvertrages mit der KBV**

2007 **2008** **2009**

Liste der neurlogischen Netzwerke*

- Ärztenetz Paderborn
- ProNeuro Kurpfalz e. G., Kurpfalz
- Ärztenetz Memmingen
- PSIN e. V., Ingolstadt
- Ärztenetz Konstanz
- NANO e. V., Schwäbisch Gmünd
- ProNeuro Mittleres Neckartal e. G., (in Gründung), Heilbronn-Ludwigsburg
- Nervenärzte Süd e. G., (in Gründung) Ulm
- Ärztenetz Karlsruhe
- NsG Mainz e. V.
- Ärztenetz Mainz
- Ärztenetz Trier
- ZNS RLP Nord e. V.
- ZNS RLP Süd e. V.
- Ärztenetz Dreiländereck e. V., Lörrach
- Ärztenetz Kreis Borken
- Ärztenetz Bergisches Land, Wuppertal
- NeuroNetz Berlin
- ZNS Südhessen e. V.
- Ärztenetz Brandenburg
- Ärztenetz Düsseldorf-Mettmann
- Ärztenetz Recklinghausen
- Ärztenetz Kreis Warendorf
- Ärztenetz Göttingen
- Ärztenetz Duisburg
- Ärztenetz Göppingen
- Ärztenetz Kreis Siegen
- Ärztenetz Kulmbach
- Ärztenetz München
- Ärztenetz Nürnberg
- Ärztenetz SBH e. G. (in Gründung), Villingen-Schwenningen
- ZNS Ostsachsen, Dresden
- ZNS Westsachsen, Leipzig
- ZNS Südsachsen, Chemnitz
- ZNS Potsdam
- ZNS Bonn Regio
- ZNS Köln Regio
- ZNS Aachen
- ZNS Nordrhein West

** soweit den Autoren aktuell bekannt*

Aktueller Stand

In den vergangenen zwei Jahren haben die Berufsverbände mit Unterstützung von Athene und Herrn Wöhr mehr als 40 regionale Netzinitiativen betreut. Die Serviceangebote reichten hier von Startimpulsen im Rahmen einer ersten Informationsveranstaltung bis hin zur kompletten Begleitung der Netzgründung.

Die Berufsverbände haben Athene weiterhin beauftragt, eine Datenbank zu entwickeln, in der die bereits gegründeten oder in Gründung befindlichen Netze registriert sind. Diese Datenbank ermöglicht die Erfassung von Ansprechpartnern sowie wichtiger Kennzahlen der Netze wie etwa den Einzugsbereich und die Anzahl der versorgten Patienten. Sie stellt auch die Basis dar für einen gemeinsamen Informationsaustausch über bestehende Verträge und für einen systematischen Erfahrungsaustausch „bester Ideen“.

Wichtig! Wir bitten alle Netzwerkvertreter, mit Athene Kontakt aufzunehmen, damit wir über eine möglichst vollständige Landkarte der Netze in Deutschland verfügen. Die Außenrepräsentation dieses Organisationsgrades ist auch für die Vertragsverhandlungen bedeutsam. Die Autonomie der regionalen Netze bleibt selbstverständlich gewahrt.

Neugründung regionaler Netze

Die Bildung von Netzwerken in Regionen, in denen noch keine Kooperationen existieren, ist jederzeit möglich. Der erste Schritt ist dabei die Bildung sinnvoller Einzugsbereiche. Hierfür gibt es keine Standardlösung. Sehr kleine Netze sind zwar überschaubar, der Verwaltungsaufwand steht aber in keinem sinnvollen Verhältnis zur Netzwerkgröße. In zu großen Netzen dagegen sind die regionalen Besonderheiten und Partialinteressen nicht immer integrierbar. Welche sinnvollen Zwischenlösungen möglich sind, hängt von den Besonderheiten der Regionen ab: In eher ländlichen Gebieten werden Netze eher größer sein. Größere Städte können dagegen schon ein eigenes Netz bilden. Hier hat sich allerdings als sinnvoll herausgestellt, dass die umliegende Region mit integriert wird. So existieren etwa in Nordrhein die Netzwerke „ZNS Köln Regio“ oder „ZNS Bonn Regio“, die den Großraum großzügig mit einbeziehen, um eine vollständige Netzabdeckung im Bundesland zu ermöglichen.

Organisationsform

Die Möglichkeiten unterschiedlicher Organisationsformen für Netze sind genauso vielfältig wie die dahinterstehenden Ziele. Von einem Verein, über eine Genossenschaft bis zur GmbH beziehungsweise anderen Gesellschaftsformen ist letztendlich alles möglich. Die Gesellschaftsform der Netze hängt vom Ziel und späteren Geschäftsmodell ab; keine Gesellschaftsform ist per se gut oder schlecht. Somit ist es gerade zu Anfang extrem wichtig, dass sich die angehenden Netzmitglieder zumindest in etwa darüber klar werden, wie das spätere Geschäftsmodell aussehen könnte.

Zu Beginn ist es auch wichtig, sich noch einmal klar zu machen, dass Netze nicht dazu bestimmt sind, Berufspolitik zu machen. Sie haben einzig und allein einen ökonomischen Fokus und sollen helfen, die aktuellen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens gut zu nutzen.

Die Mitarbeiter von Athene und Herr Wöhr helfen bei der Netzgründung und moderieren in Gründung befindliche Netze bei der Definition von möglichen Vorteilen der angehenden Mitglieder, der Bestimmung von Zielen und möglichen Angeboten des Netzes. Es hat sich gezeigt, dass es einfacher ist, zuerst mit einer kleineren, aktiven Gruppe zu starten. Diese kann dann durch die positive Ausstrahlung nach außen einen gewissen Sogeffekt auf noch nicht beigetretene Praxen erzeugen, sodass auf diesem Weg eine möglichst hohe Anzahl an betreuten Patienten zustande kommt. Dabei sollte jede Praxis die Möglichkeit haben, sich im Netz zu engagieren.

Gründungsphase

Die Gründung eines Netzes umfasst den üblichen Verwaltungsakt, wie er bei der Gründung eines Vereines einer Genossenschaft, einer GmbH oder anderer Organisationsformen anfällt. Entsprechende Satzungen für die einfacheren Gesellschaftsformen wie dem Verein, die dann angepasst werden können, liegen auf Abruf bereit. Auch mit der Gründung von Genossenschaften, einem recht komplexen Vorgang, hat Athene Erfah-

rung. Werden sie genutzt, können Anfängerfehler vermieden und somit auch Kosten gespart werden.

Wichtige Fragen

Ist das Netz formell gegründet und ist klar, welche Praxen mit „im Boot" sind, startet die Phase des Sammelns von Daten. Um effizient in Verhandlungen beispielsweise mit Krankenkassen treten zu können, ist es wichtig zu wissen, wo das Netz am stärksten ist und mit welcher Indikation und welcher Kasse am meisten bewegt werden kann. Daher muss nun jede beteiligte Praxis folgende Fragen beantworten und dazu die entsprechenden Informationen weitergeben:

1. Welches sind die am häufigsten behandelten Krankheiten?
2. Bei welchen Krankenkassen sind die meisten Patienten versichert?
3. Wie sehen Zuteilungsstrukturen und Einzugsgebiete aus?
4. Wie kann durch die Zusammenarbeit im Netz die Versorgung der Patienten verbessert werden?
5. In welchen Bereichen hat die Krankenkasse ein originäres ökonomisches Interesse, die Versorgung neu zu strukturieren?

Die letzte Frage ist die Kernfrage, die bei den Verhandlungen mit den Kassen überwiegend im Vordergrund steht. Andererseits haben wir auch schon oft erlebt, dass einige Krankenkassen ein echtes Interesse an der Verbesserung der Versorgung haben.

In dieser Zeit werden die möglichen Synergieeffekte im Netz klarer herausgearbeitet und fixiert. Ist das Angebot, das das Netz machen möchte, klar formuliert, geht es an die Konzeptionierung des Vertrages. Anhand der Vorerfahrungen in anderen Netzen können mit den Netzverantwortlichen vor Ort einzelne Konzepte angepasst werden. Die Vorstände und Vertreter der Berufsverbände leisten hierbei gerne Unterstützung, mit ihren vielfältigen Erfahrungen, die sie bei Verhandlungen mit Krankenkassen gemacht haben.

Direktverhandlungen

Die Direktverhandlungen mit den Krankenkassen sind sicherlich eine der Kernaufgaben regionaler Netze. Parallel zu Direktverhandlungen können auch weitere Ideen entwickelt werden. Hierzu gehören Kooperationen mit Kliniken auch außerhalb sektorenübergreifender Verträge. Klinikärzte können dabei selbstverständlich in die Netze integriert werden. Weitere Möglichkeiten im Rahmen von Netzen umfassen beispielsweise IGEL-Angebote, zentral durchgeführte Psychoedukationsgruppen, Einkaufsgemeinschaften, Gerätegemeinschaften etc. Wir helfen bei der Konzeption und Kalkulation solcher Angebote, bei der Erstellung von Marketingkonzepten, von Business-Plänen und vielem mehr. Auch hier können Anfängerfehler vermieden und somit Zeit und Geld in der Konzeptionsphase gespart werden.

Gemeinsam sind wir stark

Dies gilt nicht nur für die Netze selbst, sondern auch für den Zusammenschluss der Netze. Positive Erfahrungen in einem Netz „x" im Nordosten Deutschlands können dem Netz „y" im Südwesten zu Gute kommen und umgekehrt. Die Berufsverbände stellen mit Unterstützung von Athene hierfür die Plattform. □

AUTOREN

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
Dipl.-Psych. Gabriele Schuster, Würzburg
Matthias Wöhr, Würzburg

Sie erreichen Sie Athene:

Athene Akademie GmbH
Huttenstr. 10
97072 Würzburg
Tel.: 0931- 20 555 26
Fax: 0931- 20 555 25
E-Mail: g.schuster@athene-qm.de

Anzeige

Ambulante Behandlung in Krankenhäusern (§ 116 b SGB V)

Kooperation oder Konfrontation?

Kliniken können hoch spezialisierte Leistungen ambulant erbringen. Viele niedergelassene Kollegen sehen dies mit Sorge. Gerade angesichts des sich abzeichnenden Ärztemangels und der demografischen Entwicklung scheint aber langfristig eine Zusammenarbeit zwischen den Sektoren notwendig.

Der seit dem 1. April 2007 geltende, novellierte § 116 b SGB V erlaubt es Krankenhäusern, bestimmte hoch spezialisierte Leistungen ambulant zu erbringen und seltene Erkrankungen sowie Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ambulant zu behandeln. Der Katalog dieser hoch spezialisierten Leistungen und Erkrankungen ist originär im Gesetz normiert, er kann durch Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses erweitert werden.

Derzeit umfasst die Berechtigung der Krankenhäuser zur ambulanten Leistungserbringung etwa bei Anfallsleiden, Multipler Sklerose und anderen neuromuskulären Erkrankungen. Die Leistungserbringung ist antragsgebunden; über Krankenhausanträge entscheidet die Krankenhausplanungsbehörde des jeweiligen Bundeslandes. Diese muss bei ihrer Entscheidung die „vertragsärztliche Versorgungssituation" berücksichtigen, eine Prüfung der Bedarfsplanung soll nach der Gesetzesbegründung jedoch nicht stattfinden.

Zunehmend mehr Anträge

Entwickelte sich die Genehmigungspraxis der Krankenhausplanungsbehörden in den Jahren 2007 und 2008 zunächst zögerlich, so liegen inzwischen zahlreiche Bescheide vor, welche die Krankenhäuser zur ambulanten Leistungserbringung berechtigen. Vergegenwärtigt man sich, dass beispielsweise im Bezirk der KV Nordrhein allein 40 Kliniken insgesamt 110 Anträge gestellt haben, so ist mit einer weiteren Ausweitung der ambulanten Leistungserbringung durch die Krankenhäuser mit zunehmender „Abarbeitung" der Anträge von den Planungsbehörden zu rechnen. Kassenärztliche Vereinigungen (KV) und einzelne Onkologen sowie Kinderkardiologen haben versucht, gerichtlich die Genehmigungen zu verhindern, bisher jedoch ohne Erfolg. Die KVen sind nach den bisher vorliegenden sozialgerichtlichen Urteilen nicht klagebefugt.

Die niedergelassenen Ärzte, die unmittelbar Verfassungsbeschwerde erhoben haben, wurden vom Bundesverfassungsgericht darauf verwiesen, zunächst den Instanzenweg durch die Sozialgerichtsbarkeit auszuschöpfen.

Foto: Fotolia.com/Thomas Aumann

Argumente beider Seiten

Damit stehen Vertragsärzte heute vor der Frage, ob der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser mit kooperativen oder mit konfrontativen Mitteln zu begegnen ist. Um sich der Antwort zu nähern, muss man sich zunächst die Argumente der Vertragsärzte gegen die ambulante Leistungserbringung durch Kliniken sowie die Gegenargumente der Krankenhäuser vergegenwärtigen. Hierbei wird klar, dass viele – wenn auch nicht alle – Argumente beider Seiten richtig und nachvollziehbar sind. Diese sind in den folgenden Abschnitten kurz angeführt.

Niedergelassene: „Ungleicher Wettbewerb"

Die KVen und die Ärzte monieren primär einen ungleichen Wettbewerb. Vertragsärzte würden als Freiberufler das volle unternehmerische Risiko für ihre Praxen tragen, Krankenhäuser könnten die ambulante Leistungserbringung dagegen aus dem stationären Bereich quersubventionieren und würden geförderte Ressourcen einsetzen.

Das Argument des unternehmerischen Risikos ist zutreffend, es verkennt aber, dass zum unternehmerischen Risiko gerade auch der Umstand gehört, dass man keinen absoluten Schutz vor Konkurrenz genießt. Die Bedarfsplanung innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung vermittelt einen solchen Konkurrenzschutz und lässt deshalb – verständlicherweise – den Gedanken aufkommen, andere Leistungsanbieter wie Krankenhäuser dürften nicht in den „geschützten Markt" eindringen. Bei diesen Überle-

gungen wird aber vergessen, dass die Bedarfsplanung 1977 eingeführt wurde, um dem Arztmangel vor allem in ländlichen Gebieten entgegenzuwirken. Die Bedarfsplanung stellt somit originär keinen Schutz der bereits Niedergelassenen vor Konkurrenz dar, vielmehr ist sie ein Steuerungsinstrument gegen die Unterversorgung. Diese Hintergründe sind in den letzten Jahrzehnten der ausreichenden Anzahl niederlassungswilliger Ärzte in den Hintergrund getreten, sie gewinnen aber gerade in der letzten Zeit im Zusammenhang mit den Überlegungen zur Novellierung der Bedarfsplanung erneut an Bedeutung.

Der Gedanke eines „unfairen Wettbewerbs" ist mit dem Schutz, welchen die Bedarfsplanung vermeintlich vermittelt, nicht zu harmonisieren. Man könnte mit ähnlichen Argumenten behaupten, ein Arzt, der Vermögen geerbt habe, sei ein „unfairer Wettbewerber", weil er sich mehr oder bessere Geräte kaufen könne als ein Arzt, der die Anschaffung aus dem laufenden Gewinn bezahlen müsse. Wenn man als Vertragsärzteschaft zu Recht die Stärkung und Förderung des freien Berufes als niedergelassener Arzt einfordert, so spricht viel dafür, dass man sich dem Wettbewerb stellen muss.

Kassen: „Versorgung aus einer Hand"

Die Krankenhäuser argumentieren ihrerseits, die Leistungserbringung „aus einer Hand" sei günstiger für den Patienten; darüber hinaus würden die von den Krankenhäusern nach dem EBM abzurechnenden Leistungen nach § 116 b SGB V die Kosten des Krankenhauses in der Regel nicht decken. Aufgrund der in der Regel höheren Personal- und „Overheadkosten" (Gemeinkosten) ist dieses Argument nachvollziehbar. Berechnungen einzelner Krankenhäuser haben auch bewiesen, dass „Gewinne" im Rahmen der Versorgung nach § 116 b SGB V kaum zu erzielen sind. Die Krankenhäuser erzielen also Deckungsbeiträge, die es ihnen ermöglichen, ihre Gesamtversorgungsstruktur, also auch die stationäre Versorgung, weiterhin aufrecht zu erhalten.

Das Argument der „besseren Versorgung aus einer Hand" dürfte weder allgemeingültig richtig noch falsch sein. Es wird seit Jahrzehnten für die belegärztliche Versorgung angeführt, jedoch ist bisher nicht erkennbar, dass die „arbeitsteilige" Versorgung durch niedergelassene Vertragsärzte einerseits und Krankenhäuser mit Hauptabteilungen andererseits zu Qualitätsdefiziten führt.

Ärztezahl entscheidend

Lässt man schließlich den von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt politisch verfolgten Gedanken einer Reduzierung der ambulanten fachärztlichen Versorgung in Zeiten des zunehmenden Ärztemangels mangels Realitätsbezug außer Betracht, so lässt sich mit den üblichen Argumenten die Frage nicht entscheiden: Steht man als Vertragsarzt dem Ansinnen eines Krankenhauses, im Rahmen des § 116 b SGB V ambulant zu behandeln, nun kooperativ oder konfrontativ gegenüber? Die Antwort dürfte sich eher aus einer mittelfristigen Prognose der zukünftigen Versorgungsstrukturen ergeben: Nach den Erhebungen des Bundesarztregisters, einer gemeinsamen Einrichtung der KBV und der Bundesärztekammer, gaben am Anfang des Jahres 2008 28 % der Krankenhäuser an, offene Stellen im ärztlichen Dienst nicht besetzen zu können. Laut DKK ist diese Zahl inzwischen auf 67 % gestiegen!

Für den Zeitraum von 2007 bis 2017 wird im deutschen Gesundheitssystem ein Ersatzbedarf an ambulant tätigen Fachärzten von 31.820, an Krankenhausärzten von 17.827 Medizinern prognostiziert. Die Nachwuchsentwicklung ist deutlich rückläufig. Zu den vier besonders gefährdeten Fachgruppen zählen auch die Nervenärzte (Neurologen und Psychiater zusammengefasst).

Versorgung bedroht

Viele Krankenhäuser werden also voraussichtlich nicht in der Lage sein, mit den zukünftig vorhandenen personellen Ressourcen eine umfangreiche ambulante Versorgung vorzuhalten. Andererseits wird die Fallzahl innerhalb der ambulanten Versorgung insgesamt aufgrund der Morbiditätsentwicklung und praxisbezogen aufgrund fehlenden Nachwuchses erheblich zunehmen. Unabhängig davon, dass jeder niedergelassene Arzt irgendwann an seine zeitlichen und physischen Kapazitätsgrenzen stößt, ist folgendes Problem zu beachten: Im derzeitigen System der Regelleistungsvolumina wirken sich Fallzahlerhöhungen erst zeitversetzt ein Jahr später budgeterhöhend aus. Man muss also – sofern man sein Regelleistungsvolumen ausschöpft – zunächst vier Quartale die Leistungen bei zusätzlichen Patienten zum Restpunktwert erbringen; dass dies nicht wirtschaftlich möglich ist, bedarf keiner Erläuterung.

„Ressource Arzt" in beiden Sektoren knapp

Es spricht somit vieles dafür, dass zukünftig die (so würden es Betriebswirte ausdrücken) „knappe Ressource Arzt" in beiden Sektoren eingesetzt werden muss. Dies kann allen dienen: Die Krankenhäuser werden durch die Kooperation mit Niedergelassenen entlastet und können mit dem originär vorhandenen Personal die erforderlichen Leistungen erbringen. Der Niedergelassene, der beispielsweise in Teilzeit in der „116er-Ambulanz" des Krankenhauses arbeitet, erzielt unmittelbar extrabudgetäre Einnahmen, da die Vergütung des Krankenhauses nach § 116 b SGB V gesetzlich keinen Fallzahl- oder Budgetgrenzen unterliegt. In der personell häufig nicht weniger prekären psychiatrischen Versorgung zeigt sich bereits, dass diese Kooperation keine Fiktion ist. Viele psychiatrische Institutsambulanzen treten derzeit an niedergelassene Vertragsärzte mit der Bitte heran, für die Ambulanzen deren Patienten entweder im Klinikum oder in Altenheimen zu betreuen. Ob dies berufspolitisch und von den Krankenkassen gewünscht ist, ist eine zweite Frage; die Versorgungsrealität fordert aber offensichtlich solche Kooperationen.

Vertragliche Kooperationen möglich

Auch ohne die Tätigkeit eines Vertragsarztes für ein Krankenhaus lassen sich interessengrechte Kooperationen entwickeln. In einem der deutschen Stadtstaaten wurde gerade ein dreiseitiger Vertrag zwischen Krankenhausträger, Krankenkassen und KV abgeschlossen, der die ambulante Versorgung der beteiligten Krankenhäuser nach § 116 b SGB

Nur Ihr Urteil bringt uns weiter!

Wir wollen mehr Informationsqualität für Sie.

Helfen Sie mit, damit Ihnen weiterhin eine gute Fachpresse und ein optimales Informationsangebot zur Verfügung stehen.

In diesen Monaten befragt die Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V. Sie und Ihre Kollegen zum Leseverhalten und zu Ihren Präferenzen in der Fachpresse.

NeuroTransmitter

LA-MED

V regelt und koordiniert. Die KV hat in den Vertragsverhandlungen stringent, aber auch weitsichtig die Interessen der Niedergelassenen vertreten. Die vertraglichen Vereinbarungen regeln etwa spezielle Überweisungserfordernisse, wonach das Krankenhaus nur dann zur ambulanten Behandlung berechtigt ist, wenn ein Facharzt der jeweiligen Disziplin den Patienten überwiesen hat. Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses sehen hingegen nur die Überweisung von einen Vertragsarzt, also auch durch den Hausarzt, vor. Ebenfalls wurde geregelt, dass ein Patient nicht nur (wie nach den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehen) zu Beginn der Behandlung überwiesen werden muss, sondern dass die Überweisungen vom Facharzt grundsätzlich quartalsweise zu erfolgen haben, sofern der Niedergelassene nicht selbst aufgrund der Erkrankung längere Behandlungsintervalle im Krankenhaus für notwendig erachtet. Darüber hinaus wurden bei einigen Erkrankungen Fallzahlobergrenzen vereinbart. Hierdurch wird abgesichert, dass die Krankenhäuser nicht unkontrolliert Patienten der Niedergelassenen „abwerben". Die Fallzahlobergrenzen werden jährlich überprüft, wobei die Fallzahlentwicklung im vertragsärztlichen Bereich bewertet wird. So können sachgerechte Fallzahlfortschreibungen erfolgen, die der Morbiditätsentwicklung und der ohnehin stattfindenden Verlagerung vom stationären in den ambulanten Sektor Rechnung tragen.

Kommunikation ist entscheidend

Jeder Krankenhausgeschäftsführer weiß, dass seine Klinik von „vollen Betten lebt" und allein die ambulante Behandlung oder die Einweisung aus der eigenen Ambulanz (oder dem eigenen MVZ) nie zur notwendigen Auslastung führen wird. Er wird also, wenn er sein Unternehmen um- und weitsichtig führt, stets die Kooperation mit Niedergelassenen suchen. Die Vertragsärzte sollten dem nicht von vornherein mit einer „Änderung ihres Einweisungsverhaltens" drohen (so die Wortwahl in einem Brief von MEDI), sondern ihre Verhandlungsposition konstruktiv nutzen. Ein Einweisungsboykott wird dauerhaft ohnehin nur in wenigen Gebieten Deutschlands aufrecht zu erhalten sein. Wenn man hierdurch – die Folgen zu Ende gedacht – ein Krankenhaus in die Insolvenz treibt, so schließt dieses und die verbleibende Konkurrenzklinik gewinnt an Stärke. Gerade den Vertragsärzten muss aber in der Wettbewerbssituation mit auch ambulant behandelnden Krankenhäusern daran gelegen sein, dass nicht ein Monopolist entsteht.

Ohne „Miteinander" geht es nicht

Die Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung ist in den Augen der Niedergelassenen psychologisch und teilweise sicherlich auch wirtschaftlich problematisch. Bei einer emotionslosen Analyse ergibt sich aber die Schlussfolgerung, dass sowohl Krankenhäuser als auch Vertragsärzte gut beraten sind, miteinander und nicht gegeneinander zu arbeiten. Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren nicht nur Kliniken neue Freiheiten gegeben, er hat auch das Vertragsarztrecht in einer Weise liberalisiert, die vielfältige Kooperationsmöglichkeiten eröffnet. Sicher ist ein solches Umdenken und Verlassen der tradierten Sektorgrenzen nicht leicht und erfordert Mut.

Die teilweise schwierigen Verhandlungen über den oben beschriebenen dreiseitigen Vertrag zwischen Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenkassen und Krankenhäusern haben aber auch gezeigt: Bei einem wechselseitig geführten Dialog über Erwartungen und Sorgen sind die Ziele nicht nur kompatibel, sondern besser gemeinsam erreichbar.

Die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser nach § 116 b SGB V und Kooperationsmodelle werden wir auch auf dem BDN-Forum im Rahmen der Essener Neurologietage (30.10.2009) und auf dem außerordentlichen Neurologentag in Frankfurt/Main (21.11.2009) thematisieren. □

AUTOR

Dr. jur. Ingo Pflugmacher, Bonn

Berufspolitik auf Landesebene

Landessprecher für regionale Mandate

Der BDN hat – aus unterschiedlichen Gründen – keine eigenen Landesverbände. Um dennoch auch regional noch besser aktiv zu werden, wurden nun Landessprecher ernannt, die den BDN berufspolitisch vor Ort vertreten.

Der BDN ist ein reiner Bundesverband und im engeren Sinn kann er auch nur als solcher bundespolitisch aktiv sein. Dies ist nicht unproblematisch und konfliktfrei. Viele unserer Probleme sind auf Landesebene verursacht und lassen sich nur dort angehen. Obwohl dadurch vieles für die Gründung von Landesverbänden spräche, haben wir uns bisher stets dagegen ausgesprochen. Zum einen ist die Anzahl der reinen Neurologen in einzelnen Ländern ausgesprochen gering, beispielsweise haben Saarland oder Brandenburg teilweise nur drei Neurologen. Zum anderen wissen wir von den Strukturen des BVDN her, dass der Verwaltungsaufwand und die Koordination von Landesstrukturen sehr aufwendig und kostenintensiv sind.

Mehr Präsenz für konstruktive Zusammenarbeit vor Ort

Wir haben uns daher für eine pragmatische Lösung entschieden und in den Bundesländern Landessprecher benannt. Dies hat den entscheidenden Vorteil des geringen Aufwandes bei größtmöglicher Flexibilität. Die Benennung der Landessprecher erfolgt gewissermaßen per acclamationem.

Damit wir auf Landesebene nicht gegen, sondern miteinander Politik machen, sollte die Benennung stets mit Rücksicht auf die Landesverbände des BVDN erfolgen. Eine enge Absprache und Zusammenarbeit des politischen Vorgehens ist hier dringend erforderlich. Wir haben die Benennung daher mit den jeweiligen Landesverbänden des BVDN abgestimmt. Sollte es in einem Bundesland trotzdem Konflikte und Akzeptanzprobleme bei der Benennung des BDN-Landessprechers geben, kann mit dem Vorstand des BDN Kontakt aufgenommen werden. In diesem Fall würden wir eine demokratische Abstimmung zwischen den BDN-Mitgliedern des jeweiligen Landes vorbereiten.

Mandat für den BDN

Die Landessprecher werden mit einem entsprechenden Mandat ausgestattet, den BDN regional zu vertreten. Hierzu können sie spezielle Visitenkarten und Briefbögen verwenden und sich in die Verteiler der ärztlichen Selbstverwaltung aufnehmen lassen. Sie werden so zu wichtigen Veranstaltungen eingeladen und können Einfluss nehmen. In Nordrhein praktizieren wir das bereits seit Jahren sehr erfolgreich.

Der Vorteil dieser Mandatsträger besteht darin, dass wir einerseits bei allen wichtigen Veranstaltungen mit entsprechender „Man-Power" auftreten und uns andererseits auch bei Terminen komfortabler gegenseitig vertreten können. Die BDN-Landessprecher sind auch unmittelbarer im Kontakt mit Politikern der Gesundheits- und Sozialministerien der Länder oder bei Vertragsverhandlungen mit Kostenträgern vor Ort. In Berlin und Rheinland-Pfalz wird dies gerade sehr erfolgreich praktiziert.

Vom Bundesverband aus unterstützen wir hier gerne mit Rat und Tat. Die Landesprecher haben sich im April und im Mai diesen Jahres erstmals formell zu einem Erfahrungsaustausch getroffen und abgestimmt. Weitere Treffen werden folgen, vorgesehen ist unter anderem ein Treffen im Vorfeld des außerordentlichen Neurologentages am 21.11.2009 in Frankfurt. □

AUTOR

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Liste der BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg:	Heinz Herbst
Bayern:	Karl-Otto Sigel
Berlin:	Walter Raffauf
Brandenburg:	Martin Delf, Frank Freitag
Hamburg:	Heinrich Goossens-Merkt, Peter Emrich
Hessen:	Werner Wolf
Mecklenburg-Vorpommern:	Liane Hauk-Westerhoff
Niedersachsen:	Elisabeth Rehkopf, Joachim Beutler
Nordrhein:	Uwe Meier
Rheinland-Pfalz:	Günther Endrass
Saarland:	Joachim Eißmann
Sachsen:	Elke Wollenhaupt
Sachsen-Anhalt:	Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein:	Matthias Freidel
Thüringen:	Barbara Schwandt
Westfalen-Lippe:	Klaus Gorsboth

Junge Neurologen

Nachwuchsarbeit immer wichtiger

Der Anteil der Medizinstudenten, die nach Studienabschluss klinisch tätig werden, nimmt ständig ab. Umso wichtiger ist es für die Neurologie, im Konkurrenzkampf der Fachgebiete um geeignete Studenten und Assistenzärzte erfolgreich zu bestehen.

Foto: Fotolia.com/Andres Rodriguez

Die Jungen Neurologen auf dem DGN-Kongress 2009

Donnerstag, 24. September, 10.00–17.00 Uhr, Raum K4:
„Offener Treffpunkt Junge Neurologen"

Die Jungen Neurologen möchten Studierende für die Neurologie gewinnen und Assistenzärzte in ihrem Berufsalltag und bei der Karriereplanung unterstützen. Die Initiative steht allen offen. Ideen, Mitarbeit, Kritik – alles ist willkommen. Der „Offene Treffpunkt Junge Neurologen" bietet die Möglichkeit zum Kennenlernen und zum Austausch von Ideen und Anregungen.

Freitag, 25. September 2009, 10.00–11.30 Uhr, Raum K4:
„Arbeitstreffen Junge Neurologen: Wo stehen wir? Wo geht es hin?"

In diesem Arbeitstreffen geht es um die Besprechung der aktuellen Projekte, um Strategieplanung, Aufgabenverteilung und Ideenaustausch. Eingeladen sind alle, die an der Arbeit der Jungen Neurologen interessiert sind.

Freitag, 25. September 2009, 15.30–17.00 Uhr, Raum K4:
„Generationenplattform der Jungen Neurologen: Von der Lust, Neurologe zu sein"

Ordinarien, Chefärzte und Praxisinhaber stellen in kurzen Statements vor, was für sie das Besondere an der Neurologie ist und was sie jungen Neurologen (und solchen, die es werden wollen) für ihre Karriereplanung empfehlen. Danach besteht die Möglichkeit, Fragen zu stellen, zu diskutieren und Erfahrungen auszutauschen.

JUNGE NEUROLOGEN

Die „Jungen Neurologen" haben sich zum Ziel gesetzt, Medizinstudenten für unser Fachgebiet zu gewinnen, ihnen Hilfestellung zu geben und angehende Fachärzte beim Planen ihrer Laufbahn zu unterstützen. Alle Bereiche der Neurologie, von der Praxis über die kommunalen Krankenhäuser, die Rehakliniken bis hin zu spezialisierten Zentren und Universitätskliniken müssen dabei eingebunden werden.

Die Projekte richten sich an Studierende des klinischen Studienabschnitts, Examensstudenten, Doktoranden und Assistenzärzte bis zur Facharztprüfung. Die Jungen Neurologen wollen die gesamte Zeitschiene vom Erstkontakt mit der Neurologie bis zur Facharztprüfung abdecken und dadurch das Fachgebiet bekannter und attraktiver machen. Regelmäßige Befragungen zur Situation der Weiterbildung in der Neurologie sollen Anhaltspunkte geben, ob die Projekte den Bedarf treffen und echte Hilfestellung leisten. Nach den Befragungsergebnissen lassen sich im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses neue Projekte anstoßen oder bestehende Initiativen anpassen.

Aktuelle Projekte

Die Koordination und Organisation der verschiedenen Projekte hat das Deut-

sche Institut für Qualität in der Medizin, (DIQN) übernommen. Die derzeitigen Projekte der Jungen Neurologen sind:

- eine Umfrage unter jungen Neurologen zur Qualität der Weiterbildung. Diese soll online erfolgen. Die Chefärzte der Kliniken werden vor dem Start schriftlich informiert.
- zwei klinische „Summer Schools Neurologie“ im Sommer 2009, eine in Köln, eine in Dresden,
- eine Internetseite zur Kommunikation und Organisation der „Summer Schools“,
- Neurologietage an peripheren Krankenhäusern unter dem Motto: „Dein Tag in der Neurologie“; diese Tage sollen periphere Häuser dabei unterstützen, Nachwuchs für das Fachgebiet und konkret für ihre Klinik beziehungsweise Abteilung zu gewinnen.
- Bildung von Arbeitsgruppen, um verschiedene Stufen auf dem Weg zur Entscheidung für die Neurologie zu optimieren. Die Arbeitsgruppen sollen Muster-Curricula für Famulaturen bilden, für das praktische Jahr sowie eventuell für ein Examensrepetitorium.

Eine eigene Website für die Jungen Neurologen steht kurz vor der Fertigstellung. Diese Internetseite soll das Kommunikationsforum der Bewegung werden. Eine Arbeitsgruppe der Jungen Neurologen hat dazu ein Pflichtenheft mit technischen und inhaltlichen Anforderungen ausgearbeitet, ein Logo und eine Corporate Identity entwickelt und die Umsetzung des Projekts begleitet. □

AUTOREN

Prof. Dr. med. Lars Timmermann, Köln
Prof. Dr. med. Hans Christoph Diener, Essen
Dr. med. Arne Hillienhof, Köln

Neuroscout

Kommunikation nach innen

Die vielfältige Vernetzung des BDN macht es notwendig, die Mitglieder rasch über die verschiedenen Herausforderungen zu informieren, vor denen die Neurologie steht, sowie eingesetzte Strategien zu diskutieren und zu verbreiten. Die Internetseite des Verbands wurde aktuell überarbeitet und ist nun noch benutzerfreundlicher.

Neben der Zeitschrift NEUROTRANSMITTER ist die Internetseite des BDN, www.neuroscout.de, das zentrale Verbandsmedium. Ob berufspolitische Aktivitäten des BDN, Vertragsverhandlungen, Qualitätsmanagementkonzepte oder andere Themen: Die Nutzer der Homepage sind immer aktuell informiert. Eine eigene Rubrik bietet Neurologie-relevante Neuigkeiten aus der Gesundheitspolitik. Die Kernpunkte sind neben der Eigendarstellung des Berufsverbandes und seiner Strukturen die verschiedenen Projekte des BDN.

Wer sein eigenes Büro nicht mit Bergen von Papier belasten möchte, der kann im Mitgliederbereich der Homepage den NEUROTRANSMITTER auch online lesen – dazu wird die aktuelle Version stets zeitnah eingestellt und bleibt im Archiv verfügbar, sodass Mitglieder jederzeit auch auf vergangene Ausgaben zugreifen können.

Neue Benutzeroberfläche – noch mehr Zugriffe

Die BDN-Website www.neuroscout.de hat zwischenzeitlich ein neues Gesicht bekommen: Mehr Fotos und eine klarere Farbgebung sorgen für eine gute Übersicht. Die Menüführungen sind benutzerfreundlicher. Auch inhaltlich hat sich einiges getan, zum Beispiel findet sich das DIQN-Archiv jetzt in einem nur für Mitglieder vorbehaltenen Downloadbereich. Das Archiv enthält Daten zur Versorgungssituation in der Neurologie und epidemiologische Daten. Bislang war es nur über ein eigenes webbasiertes Archivsystem zugänglich. Die Website wird weiterhin journalistisch betreut. So ist gewährleistet, dass die Nutzer immer aktuell informiert sind. In diesem Jahr ist die Zahl der Zugriffe noch weiter angestiegen – von Januar bis Mai auf rund 36.000 Zugriffe pro Monat.

Die Finanzierung der neuen Verbands-Homepage erfolgt über Sponsorengelder. Die Sponsoren üben dabei keinen Einfluss auf redaktionelle Inhalte der Seiten aus und es erfolgt selbstverständlich auch keine „Schleichwerbung“. Insgesamt ist die Präsenz der Sponsoren auf der Homepage sehr zurückhaltend: Lediglich der Hauptsponsor hat einen Platz für sein Logo. Außerdem steht der Industrie der Bereich „Markt und Forschung“ zur Verfügung, auf dem sie – wie auch in den Fachzeitschriften üblich – Studienergebnisse und 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

Deutsches Institut für Qualität in der Neurologie

Kompetenz bei der Darstellung von Versorgungsdaten

Das Deutsche Institut für Qualität in der Neurologie, DIQN, erfasst Versorgungsleistungen und präsentiert die Daten nach außen. Ein weiterer zentraler Punkt ist die Nachwuchsarbeit im Rahmen der „Jungen Neurologen“.

Das Deutsche Institut für Qualität in der Neurologie, kurz DIQN, ist eine gemeinsame Einrichtung der Fachgesellschaft DGN sowie der Berufsverbände BDN und BVDN. Das DIQN betreut verschiedene Projekte, zum Beispiel die neuen „Grunddaten Neurologie“. Es werden wichtige Daten aus der Neurologie zusammengefasst, grafisch aufbereitet und allen Interessierten in Form einer Broschüre und online zur Verfügung gestellt. Journalisten, aber auch Mitarbeiter von KVen, Krankenkassen und aus der Politik müssen nicht mehr auf Daten zurückgreifen, welche die Versorgungsleistungen des Faches nicht adäquat abbilden. Beispielsweise verbergen sich in den Statistiken der Gesundheitsberichterstattung Neurologie- und Nervenheilkunde-relevante Daten in verschiedenen Positionen wie etwa die Schlaganfälle im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Diese Darstellung schmälert die Wahrnehmung der Neurologie und der Nervenheilkunde und macht sie für Außenstehende zu einem „gefühlt-kleinen Fach“.

Kooperation mit IMS Health

Im Bereich Arzneimittel arbeitet das Institut mit dem Dienstleistungsunternehmen IMS Health zusammen und erhält dabei regelmäßig Daten aus dem Bereich Neurologie/Psychiatrie/Nervenheilkunde. Außerdem stellt IMS Health das für die Auswertung notwendige Statistikprogramm „Disease Analyzer“ zur Verfügung. Im Gegenzug sollen Kolleginnen und Kollegen der beteiligten Verbände sich an dem Panel von IMS Health „Neurologie, Psychiatrie, Nervenheilkunde“ beteiligen und entsprechende Daten liefern. Das ist im eigenen Interesse der Verbände: Je mehr Facharztpraxen sich hier beteiligen, umso valider sind wiederum die Daten, die das DIQN von IMS Health erhält und nutzt. Ein Beispiel hierfür: Das

Meilensteine des DIQN

Patienten-leitlinie „Parkinson“

2005/2006

Gründung des DIQN als gemeinsames Institut von DGN, BDN und BVDN; im Verlauf Aufbau des DIQN-Archivs und Start der Auswertungen von IMS-Arzneimitteldaten

2007

14 Patientenleitlinien in Lang- und Kurzform, Zertifizierung der Patientenleitlinien „Migräne“ und „Prävention des Schlaganfalls“ durch das ÄZQ mit maximaler Punktzahl, Anti-Regress-Tool für neurologische Praxen

2008

Zertifizierung der Patientenleitlinie „Parkinson“ mit maximaler Punktzahl, „ICD-Problematik in der Neurologie“, Start der „Jungen Neurologen“, erste „Summer School Neurologie“ in Köln

2009

„Grunddaten Neurologie“, einwöchige „Summer Schools“ in Köln und Dresden, Website der Jungen Neurologen, Umfrage zur Weiterbildungssituation in der Neurologie

2005/2006 2007 2008 2009

DIQN konnte mithilfe von IMS-Daten die durchschnittlichen Diagnosehäufigkeiten in den Praxen ermitteln und die Verordnung von MS-Präparaten, Präparaten zur Alzheimer-Therapie und zu weiteren Medikamenten auswerten, bei denen Neurologen und Nervenärzte Praxisbesonderheiten geltend machen. Diese zusammen mit Prüfärzten erstellte Auswertung wird fortgesetzt.

Patientenleitlinien

Viele Kosten- und Leistungsträger, kommerzielle Anbieter, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen oder freie Initiativen bieten Patienteninformationen an. Das Problem dabei: Die Qualität der Informationen ist sehr unterschiedlich, viele von ihnen sind interessengesteuert.

„Der BDN, hat schon 2003 damit begonnen, Patientenleitlinien zu erstellen – zusammen mit der DGN“, betont der Vorsitzende des BDN und Initiator des Projektes Patientenleitlinien, Dr. Uwe Meier. Die Patientenleitlinien geben den Stand der Wissenschaft bei den einzelnen Indikationen umfassend wieder und sind trotzdem für medizinische Laien gut verständlich. Sie sollen höchsten Qualitätsanforderungen genügen und sind daher nach einem internationalen Kriterienkatalog für gute Patienteninformation, dem „DISCERN-Katalog“, erstellt. DISCERN wurde vom Institute of Health Sciences, University of Oxford, Division of Public Health, entwickelt. Das „Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin“, kurz ÄZQ, hat das Instrument zur Qualitätsbewertung von Gesundheitsinformationen zusammen mit der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover ins Deutsche übertragen.

Auszeichung durch ÄZQ

Das ÄZQ hat bislang drei dieser Patientenleitlinien bewertet und mit der höchsten möglichen Punktzahl ausgezeichnet. Es handelt sich um die Patientenleitlinien zu Migräne, zu Primär- und Sekundärprävention des Schlaganfalls und zu Morbus Parkinson. Das ÄZQ veröffentlicht die Patienteninformationen auf der Internetseite www.patienten-information.de.

Insgesamt stehen bereits 14 Patientenleitlinien in jeweils einer Lang- und einer Kurzfassung zur Verfügung, mit einer jedoch aktuell kurzzeitigen kleinen Einschränkung: Während die Langfassungen aufgrund der Anpassung an die neuen Leitlinien der DGN im Augenblick nicht zugänglich sind, ist die Überarbeitung und Abstimmung der aktualisierten Kurzfassungen dagegen bereits abgeschlossen.

Das DIQN engagiert sich außerdem für die Nachwuchsarbeit im Rahmen der „Jungen Neurologen“. Website, Umfrage zur Situation in der Weiterbildung, Summer Schools und PJ-Curriculum sind hier nur einige Stichworte (nähere Informationen auf Seite 36).

Die Außenvertretung des DIQN haben der Geschäftsführer der DGN, Prof. Otto Busse, und Dr. Uwe Meier übernommen. Ansprechpartner des DQN und zuständig für die im Institut anfallenden operationalen Tätigkeiten ist Dr. Arne Hillienhof, Köln.

Das Institut soll keine doppelten Strukturen oder gar neue Verwaltungsebenen generieren, sondern es bündelt die Aktivitäten der bestehenden Arbeitsgruppen aus Fachgesellschaft, Berufsverbänden und anderen Quellen. □

AUTOR

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln

Ihr Ansprechpartner

Deutsches Institut für Qualität
in der Neurologie
Dr. med. Arne Hillienhof
Schanzenstr. 27, Schlosserei 4
51063 Köln
Tel.: 0221 955615-95.
Mobil: 0173 2867914
E-Mail: info@diqn.de

Foto: alle Fotolia.com/v.i.n.r. ldrutu, Dreadlock, Moodboard

Neurologen und Psychiater im Netz

Erstmals über eine Million Besucher

Das Online-Patienteninformationsportal „Neurologen und Psychiater im Netz“ (NPIN) ist mittlerweile die am häufigsten genutzte deutschsprachige Internetseite zu neurologischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Themen.

Letztes Jahr wurde das Informationsportal „Neurologen und Psychiater im Netz“, kurz NPIN, über www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de insgesamt 1,2 Millionen Mal aufgerufen – von Patienten, Familienangehörigen, interessierten Laien, aber auch von Ärzten, Studenten und Krankenpflegepersonal. Im ersten Halbjahr 2009 hat das Interesse sogar noch weiter zugenommen: So erhöhte sich die Zahl der Besucher im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 100.000 auf 700.000.

Start im Dezember 2004

Im Dezember wird das Informationsportal fünf Jahre alt. Das Gemeinschaftsprojekt von acht neurologischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgesellschaften sowie Berufsverbänden (DGN, DGPPN, DGKJP, DGGPP, BDN, BVDN, BKJPP und BVDP) wurde ins Leben gerufen, um Laien über neurologische sowie psychiatrische Erkrankungen und Störungen zu informieren und diese Themen zugleich stärker in das Bewusstsein der Öffentlichkeit zu rücken. Besonders wichtig dabei: Die in der Regel komplexen medizinischen Inhalte sollen anschaulich und verständlich vermittelt werden und sich an den Bedürfnissen der Nutzer des Portals orientieren. Dafür sorgen auch zahlreiche Bilder, kurze Videoclips und interaktive Module. Auf der Startseite wird fünfmal in der Woche über Neues aus Forschung, Klinik und Praxis berichtet – für viele ein Anreiz, die Seite regelmäßig zu besuchen. Gleich im ersten Jahr konnten 250.000 Besuche registriert werden, 2006 waren 600.000 und ein Jahr später 900.000. Mit dem Überschreiten der Marke von über einer Million Zugriffe auf die Seite wurde 2008 ein wichtiger Meilenstein gesetzt.

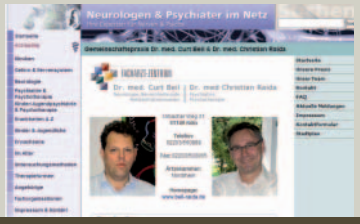
Kooperationen mit Nachrichtenagenturen

Um die Themen Neurologie und Psychiatrie bekannter zu machen, wurde 2006 mit der Deutschen Presseagentur (dpa) eine enge Kooperation vereinbart. Seitdem veröffentlicht die dpa einmal wöchentlich einen Ratgeber zu einem neurologischen, psychiatrischen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Thema. Damit erhielt die aktive Presse- und Öffentlichkeitsarbeit für die an dem Projekt beteiligten neurologischen und psychiatrischen Fachgesellschaften und

Meilensteine von NPIN

2005
Gründung von NPIN als gemeinsames Projekt von acht neurologischen bzw. psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesellschaften und Berufsverbänden, 250.000 Zugriffe auf das Portal

2006
Kooperation mit dpa, 600.000 Zugriffe



2007
Kooperation mit Yahoo, 900.000 Zugriffe

2008
Kooperation mit AP, Telefonaktion mit „Bild am Sonntag“, 1,2 Millionen Zugriffe

2009
Fernsehbeitrag im „ARD-Mittagsmagazin“ über die Honorarsituation

Fotos: Archiv

2005 2006 2007 2008 2009

Berufsverbände erstmals einen festen Platz, der in den darauf folgenden Jahren gefestigt und weiter ausgebaut wurde. 2007 folgte die Kooperation mit der deutschsprachigen Seite von Yahoo, dem weltweit zweitgrößten Suchmaschinenanbieter, und 2008 konnte eine enge Zusammenarbeit mit dem deutschsprachigen Dienst der weltweit größten Nachrichtenagentur Associated Press (AP) vereinbart werden.

Neurologische Themen für Millionenpublikum

Das Ergebnis dieser Kooperationen ist beeindruckend: Allein 2008 wurden 140 unserer Pressemeldungen und Artikel von den Nachrichtenagenturen an Presse, Rundfunk und TV-Sender verteilt. Mit insgesamt 282 Artikeln zu neurologischen und psychiatrischen Themen, die in Zeitungen und Zeitschriften veröffentlicht wurden, erreichten wir mehr als 81 Millionen Leser.

Ein weiteres Highlight war eine Telefonaktion der Bild am Sonntag – Deutschlands auflagenstärkster Wochenzeitung mit einer Reichweite von rund 10 Millionen Lesern – zusammen mit Experten der DGN zum Thema Demenzerkrankungen. In zahlreichen Fernsehbeiträgen erhielt ein Millionenpublikum Einblicke in die Situation von Patienten mit neurologischen oder psychiatrischen Erkrankungen und wurde über moderne Behandlungsmethoden und aktuelle Forschungsergebnisse informiert.

Auch berufspolitisch konnten wir Akzente setzen. Im März dieses Jahres initiierte die Redaktion von „Neurologen und Psychiater im Netz“ einen Fernsehbeitrag im ARD-Mittagsmagazin über die äußerst schwierige Situation von niedergelassenen Neurologen und Psychiatern nach der Honorarreform und über Auswirkungen auf die Versorgung der Patienten, den mehr als 1,4 Millionen Fernsehzuschauer sahen.

Weiterer Ausbau geplant

Für die kommenden Jahre ist der weitere Ausbau der Patientenplattform mit einer noch attraktiveren Gestaltung geplant. Es wird eine Videothek sowie neue interaktive Module geben, die den User beispielsweise über die Risiken eines Schlaganfalls oder einer Demenzerkrankung aufklären. In der Rubrik „Krankheiten von A–Z“ sollen weitere Krankheitsbilder hinzukommen und der Kontakt zu Fernsehredaktionen soll intensiviert werden.

Mit 700.000 Besuchen im ersten Halbjahr 2009 kündigen sich bereits neue Rekorde an. Als Ziel für dieses Jahr haben wir uns 1,5 Millionen Besucher auf www.neurologen-und-psychiater-im-netz gesetzt.

Ihre Praxis-Homepage bei NPIN

Besonders häufig wird das Ärzteverzeichnis der Patientenplattform genutzt. Dort können sich Neurologen, Nervenärzte und Psychiater mit einer eigenen Praxis-Homepage präsentieren. Auf diese Weise finden Patienten ihre Praxis sowohl bei einer wohnortnahen Suche im Ärzteverzeichnis als auch bei einer Suchmaschinen-Recherche wie zum Beispiel über Google.

Mit Ihrer Praxis-Homepage informieren Sie über Ihr Leistungsspektrum, Behandlungsschwerpunkte und Praxiszeiten. Einen visuellen Eindruck von Ihrer Praxis vermitteln Bilder Ihres Praxisteams und der Behandlungsräume. Auch für diejenigen von Ihnen, die bereits über eine bestehende Homepage verfügen, bietet eine Praxis-Homepage bei Neurologen und Psychiater im Netz große Vorteile. Die Verlinkung mit Ihrer bereits vorhandenen Homepage verbessert die Auffindbarkeit Ihrer Praxis erheblich. Im Rahmen der Herbstaktion ist die Erstellung Ihrer Praxis-Homepage bei Anmeldung bis zum 30. September kostenfrei. Die monatlichen Abonnementkosten liegen zwischen 3,75 und 10 Euro – je nachdem, ob es sich um eine Einzel- oder Gemeinschaftspraxis handelt und ob bereits eine Homepage vorhanden ist. Wenn Sie Fragen haben, können Sie sich selbstverständlich jederzeit mit dem Serviceteam von Neurologen und Psychiater im Netz telefonisch oder per Email in Verbindung setzen.

Mit dem auf der nächsten Seite abgedruckten Formular können Sie sich für eine Praxishomepage anmelden. Daneben besteht natürlich auch die Möglichkeit zur Online-Anmeldung auf dem Portal. □

AUTOR

Jochen Lamp, Frankfurt

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)-Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung

Sprechzeiten

☐ 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

Widerrufsrecht: Sie können Ihre Bestellung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung an Monks - Ärzte im Netz GmbH, Tegernseer Landstr. 138, 81539 München. Datenschutz: Ihre Daten werden von uns zur Durchführung des Vertrages gespeichert. Sie können jederzeit der Nutzung durch eine schriftliche Benachrichtigung an uns widersprechen. Monks - Ärzte im Netz GmbH, Tegernseer Landstr. 138, 81539 München, Geschäftsführer: Sean Monks, Amtsgericht München, HRB 160883, USt-IDNr.: DE 246543509

%

Herbstaktion bis 30.11.2009
Kostenfreie Erstellung Ihrer Praxis-Homepage

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.

JA, aktivieren Sie folgende kostenlose Zusatztools auf meiner Praxis-Homepage:

☐ Aktuelle Meldungen von www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de

☐ Besucherstatistik

☐ Kontaktformular

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/onlineanmeldung

Athene

Projekte von Profis für Profis

Die Athene-Akademie bietet Qualitäts- und Risikomanagement-Systeme für Berufsverbände an. Weitere wichtige Projekte sind Fortbildungen, Konzepte zur integrierten Versorgung und Unterstützung von regionalen Netzwerken.

Der Grundstein für die Zusammenarbeit von BDN und Athene wurde im Jahr 2001 im Café der Abflughalle des Frankfurter Flughafens von Dr. Uwe Meier gelegt. Das Team von Athene hatte sich zu dieser Zeit mit dem Aufbau von Qualitätsmanagement (QM)-Systemen im Bereich der neurologischen Rehabilitation einen Namen gemacht. Damals erhielt Athene den Auftrag, fachgruppenspezifische QM-Systeme für die niedergelassenen Neurologen zu erstellen. Kurze Zeit später schlossen sich der BVDN und BVDP dieser Kooperation an und das Athene-Team begann mit dem Aufbau von QM-Systemen in den Praxen der Verbandsmitglieder.

Wer ist Athene?

Die Athene-Akademie GmbH wurde 2001 von Dr. Horst Poimann und Dipl.-Psych. Gabriele Schuster gegründet. Beide sind als Geschäftsführer der Zentrale in Würzburg tätig. Seit 2006 hat Athene eigenständige Filialen in der Nähe von Dresden und in Köln. Die Filiale in Dresden wird geleitet von Siegmar Fest, die Kölner Filiale von Kerstin Berninger.

Athene hat sich auf die Umsetzung von Projekten im Auftrag von Berufsverbänden spezialisiert und verfügt über ein bundesweit aktives Netz von Mitarbeitern, die mit den Konzepten der Verbände vertraut sind. Somit ist Athene einer der wenigen QM-Anbieter in Deutschland, die größere Projekte für große Kunden wie Berufsverbände mit gleich bleibend guter Qualität durchführen kann.

Athene hat den Status eines Lieferanten für alle Verbände. Keiner der Vorstände der Verbände ist Gesellschafter oder assoziiertes Mitglied bei Athene. Der Vorteil dabei ist, dass Athene ihre Aufträge „eins zu eins“ im Sinne der Verbände umsetzt. Im Gegenzug sichern die Verbände Exklusivität zu. Unabhängig von dieser Vereinbarung ist Athene wirtschaftlich unabhängig und eigenständig. Ihren Status als Partner der Verbände kann Athene auch verlieren, falls die Qualitätsansprüche der Verbände einmal nicht mehr bedient werden können.

DIN EN ISO 9001

Die Verbände beauftragten 2001 die Athene-Akademie in Würzburg mit der Erstellung fachgruppenspezifischer QM-Handbücher nach DIN EN ISO 9001. Es gelang bereits 2002, kompetente Ansprechpartner aus der Industrie zu gewinnen. Mit ihrer Hilfe und durch die Unterstützung der Athene-Akademie konnten neurologische, nervenärztliche und psychiatrische Praxen zu sehr günstigen Preisen ein QM-System nach DIN EN ISO 9001 aufbauen. Das dabei erarbeitete Know-how floss stetig wieder in die Coachings sowie das Handbuch zurück, sodass die Verbände heute über fachgruppenspezifisches QM-Wissen auf hohem Niveau verfügen. Dieses Know-how über die Steuerung von Abläufen etc. war eine der wesentlichen Grundlagen für alle späteren Direktverhandlungen mit den Krankenkassen. Die Handbücher sind zum Preis von 220 Euro für Verbandsmitglieder und 280 Euro für Nicht-Verbandsmitglieder bei der Athene-Akademie erhältlich.

QEP® – Zusammenarbeit mit der KBV

Parallel zur DIN EN ISO 9001 hatte 2001 ein weiteres QM-System sehr gute Chancen, den im Raume stehenden gesetzlichen Anforderungen an QM-Systeme in Praxen zu genügen: Das QEP®-System der KBV (Qualität und Ent-

Angebote der Athene-Akademie zur Unterstützung regionaler Netzwerke

- Verhandlungen mit den Krankenkassen
- Gestaltung von IV- und 73c-Verträgen
- Gründung von Genossenschaften
- Bildung von Einkaufsgenossenschaften
- Gründung von Vereinen und anderen Organisationsformen, wie zum Beispiel einer GmbH
- Zentrierung und Vertrieb von Leistungen im Netz
- Erstellung und Umsetzung eines Marketingkonzepts
- Finanzielle Prozessanalysen für Netze und Praxen
- Aufbau zentraler QM-Strukturen, die bei Verhandlungen mit Krankenkassen hilfreich sind
- Büroservice für die zentralen Geschäftsstellen der Netze
- Organisatorische Hilfen beim Aufbau eines eigenständigen Büroservices für die Netze
- Hilfe beim Aufbau zentraler Terminplanungsstrukturen, zum Beispiel für Psychoedukationsangebote etc.
- Zentrale Datenschutzschulungen
- Zentrale Notfallschulungen
- Ausbildung und Coaching der Mitarbeiterinnen, die Direktverträge in den Praxen umzusetzen (Ausbildung von „IV-Asistentinnen“)
- Servicemappen mit Starthilfen für Netze

wicklung in Praxen). Bei genauerer Betrachtung von QEP® stand schnell fest, dass sich darin die Inhalte der DIN EN ISO 9001 wiederfanden. Diese wurden durch einige weitere Indikatoren ergänzt, welche die medizinischen Kernleistungsprozesse betrafen. QEP® wurde bereits 2003 von Seiten der Verbände als qualitativ hochwertig eingeschätzt. Aus diesem Grund trafen der BDN, BVDN und BVDP als eine der ersten Berufsverbände eine Kooperationsvereinbarung mit der KBV und ermöglichten den Mitgliedern somit den Zugang zu fachgruppenspezifischen QEP®-Seminaren.

Athene bildete 2005 20 QEP®-Lizenztrainer für das eigene Team aus, sodass ausreichend qualifiziertes und legitimiertes Personal zur Verfügung stand, um bundesweit Schulungen anbieten zu können. Tatsächlich wurde Athene dann auch mit der Durchführung dieser Seminare beauftragt. Auch heute noch können diese Seminare bei der Athene-Akademie gebucht werden, wenn sich in einer Region eine Gruppe von mindestens zwölf Personen zusammenfindet. Über Preise und Konditionen informiert Sie gerne das Athene-Team.

Gesetzeskonformes QM

Ende 2005 publizierte der Gesetzgeber die Richtlinie zur Konkretisierung der gesetzlichen Anforderungen an die QM-Systeme in Deutschlands Praxen. Somit war es nur logisch, das Seminarangebot von Athene zu erweitern: Praxen können nun ihr QM an den Mindestanforderungen des Gesetzgebers orientieren; auch diese Seminare können bei Athene individuell gebucht werden.

Mit ihren Projekten und Publikationen rund um das Thema „QM“ hat das Athene-Team die QM-Landschaft grundlegend geprägt. Viele Ansätze wie beispielsweise das frühe Fokussieren einer konsequenten strukturellen Prozessorientierung sind heute Standard in vielen Beratungs- und Schulungsansätzen – auch von anderen Anbietern auf dem QM-Markt. Mit dem kleinen Büchlein „Fünf kostenfreie Schritte zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement“ (ISBN 3-930823-64-0) hat das Athene-Team einen kleinen, sowohl einfach als auch humorvoll geschriebenen Leitfaden zum Start eines QM-Systems herausgebracht. Es ist in zwei Stunden zu lesen – und wer die darin enthaltenen Ratschläge umsetzt, verfügt über ein grundlegendes, lebendiges und funktionsfähiges QM-System, das der Praxis nützt. Das Buch kostet 15 Euro zuzüglich Versandkosten und ist bei der Athene Akademie erhältlich.

Vom Qualitäts- zum Risikomanagement

Motiviert durch das eigene QM-Wissen sowie durch Alltagserfahrungen setzten sich unter Federführung von Prof. Rolf F. Hagenah, Rotenburg, 2004 kompetente Partner aus der Industrie und aus allen Bereichen der neurologischen Versorgung zusammen, um ein Standardwerk zum Risikomanagement in der Neurologie zu schreiben. Gemeinsam mit der Gesellschaft für Risikoberatung (GRB) wurden Risikoanalysen aller neurologischen Versorgungsformen durchgeführt. Die Erfahrungen aus diesen Analysen wurden mit Tipps zur Vermeidung von Risiken in dem Buch „Risikomanagement in der Neurologie“ (ISBN 3-930823-46-2) zusammengeführt.

Gemeinsam mit Matthias Wöhr und Rainer Zahnen erschienen unter der Leitung des Athene-Teams und im Auftrag von BDN, BVDN und BVDP weitere kleine Bücher, die komplexe Managementthemen auf die wichtigsten Inhalte konzentrieren und schnell umsetzbare, einfache Lösungen anbieten. In den Jahren 2004 bis 2007 entstanden unter dieser Prämisse:

- „Finanzielle Kennzahlen: Gesundheitscheck für Ihre Praxis“ (ISBN 13-978-3-930823-67-3) von Matthias Wöhr und
- „Versicherungs(s)check für Ihre Praxis“ (ISBN 978-3-930823-68-0) von Rainer Zahnen. Beide Bücher sind bei Athene zum Preis von 15 Euro zuzüglich Versandkosten erhältlich.

Veranstaltungsorganisator für den BVDN-Landesverband

Am 21.4.2007 wurde das jährliche Treffen des BVDN-Landesverbandes Bayern das erste Mal von Athene organisiert. Hierzu hat die Akademie die bewährte

Meilensteine von Athene

2001

Gründung der Athene-Akademie

2002

Aufbau von EN ISO 9001

2005

Ausbildung von QEP®-Lizenztrainern

2006

Filialen in Dresden und Köln

2001 **2002** **2005** **2006**

Organisation von Klaus-H. Heinsen übernommen, der diese Tagung seit vielen Jahren erfolgreich durchgeführt hat und sich nun leider in den Ruhestand zurückzog.

Fortbildungsakademie der Berufsverbände

Im Jahr 2007 erhielt Athene den Auftrag, die Organisation der Fortbildungsakademie gemeinsam mit Klaus-H. Heinsen paritätisch durchzuführen. Die Organisation der Fortbildungsakademie für die Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP geht nun vollständig in die Hände des Athene-Teams über.

Bereits 2005 beauftragten die Berufsverbände Athene, den „Besuch" von Fortbildungen und den Erhalt von CME-Punkten auch im Internet verfügbar zu machen. Das Athene-Team realisierte daraufhin die Fortbildungsplattform www.eddie-med.de. Eine Zeit lang wurden hier mit Unterstützung der Verbände Fortbildungen gefilmt und in das Internet gestellt. Mit der korrekten Beantwortung der Fragen zu diesen Filmen konnten die Teilnehmer ihr CME-Punktekonto auffüllen.Weil es schwierig war, Sponsoren zu finden, wurde es leider ruhig um das Projekt. Die Plattform gibt es jedoch immer noch und kann weiter genutzt werden. Aktuell laufen Überlegungen, diese Plattform an die Fortbildungsakademie anzubinden. Wer weitere Ideen zur Nutzung hat: Das Athene-Team freut sich über jede Anregung!

Integrierte Versorgung

Zum 1.4.2007 übernahm Athene den IV-Vertrag „Depression" der Techniker Krankenkasse. Aus den 190 Patienten, die bei der Übernahme durch Athene in den Vertrag eingeschrieben waren, wurden Ende Juni 2009 4.150 Patienten in 283 teilnehmenden Praxen. Der aktuelle Stand der teilnehmenden Patienten und Leistungserbringer bei nach wie vor bestehender Begrenzung auf zehn Regionen zeigt, dass die intensive Optimierung des Vertrages durch Athene nach seiner Übernahme durch das Würzburger Team in Zusammenarbeit mit den Vorständen der Verbände sehr erfolgreich und zielführend war. Der Vertrag und sein Management gelten inzwischen als Modellprojekt für andere Verträge, er läuft sicher bis Ende 2009 weiter. Über die Fortsetzung über den Jahreswechsel hinaus wird gerade verhandelt.

Unter der Leitung des Deutschen Instituts für Qualität in der Neurologie (DIQN, vertreten durch Dr. Arne Hillienhof) sammelt Athene Informationen rund um die IV-Verträge in neurologischen und nervenärztlich-psychiatrischen Bereichen. Die inzwischen sehr umfassenden Informationen zu den Verträgen können unter www.diqn.de heruntergeladen werden.

Service-Plattform für Netzwerke und Direktverhandlungen

Athene hat aktuell die Aufgabe, ihr Portfolio mit Angeboten zur Unterstützung regionaler Netzwerke im Aufbau und zu Direktverhandlungen mit Krankenkassen zu erweitern. Durch Matthias Wöhr wurden im Auftrag und unter der Kontrolle der Berufsverbände im Bundesgebiet regionale Netze gegründet. Das Ziel der „Service-Plattform IV und Regionale Netze" bei Athene ist es, den regionalen Netzen die vielfältigen Möglichkeiten aufzuzeigen und Hilfestellungen zu geben.

Technische Erweiterungen

Athene hat das technische Repertoire 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 600 und 800 Fax-Seiten am Tag ein. Mithilfe der neuen technischen Grundlagen sind auch Zahlen von bis zu 3 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.

Abrechnung durch Athene

In den letzten Monaten war aufgrund eines Einspruches gegen die geltende Gesetzeslage die Frage offen, ob auch in Zukunft private Institute mit den Krankenkassen abrechnen dürfen. Die Entscheidung fiel am 19.6.2009 dahingehend, dass dies mindestens bis Ende 2010 möglich ist. Allerdings stellte der Gesetzgeber die bestehenden Anforderungen zum Datenschutz in den Vordergrund, was auch vernünftig ist. Athene erfüllt diese Anforderungen.

Die Initiativen der Verbände haben in den letzten Jahren viel bewegt. Wir freuen uns auf alle weiteren Herausforderungen. □

2007

Übernahme des IV-Vertrags „Depression" mit der Techniker Krankenkasse, Mitorganisation der Fortbildungsakademie der Berufsverbände

2010

Alleinverantwortliche Organisation der Fortbildungsakademie

2007 **2010**

AUTOREN

Dipl.-Psych. Gabriele Schuster, Würzburg
Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
Matthias Wöhr, Würzburg

Parkinsonsymptome richtig deuten

Im fortgeschrittenen Stadium des Morbus Parkinson kommt es zu motorischen und nicht-motorischen Komplikationen, die auf die voranschreitende Degeneration dopaminproduzierender Zellen und die damit einhergehende verminderte Speicherfähigkeit dopaminerger Neuronen für exogen verabreichtes L-Dopa zurückgeführt werden können. Das Wearing-off-Phänomen und Dyskinesien sind laut Prof. Wolfgang Jost, Wiesbaden, die wichtigsten motorischen Störungen. Beim Wearing-off merkt der Patient nach wenigen Stunden, dass die L-Dopa-Wirkung nachlässt und Akinese, Rigidität und nicht-motorische Komplikationen wie Depression, Schweißausbrüche oder Schlafstörungen zunehmen.

Anders als beim Wearing-off ist gerade die Behandlung von Dyskinesien schwierig und sind die therapeutischen Erfolge begrenzt. Ziel einer modernen Parkinsontherapie ist es daher, Dyskinesien von Anfang an möglichst zu vermeiden. Da sie sehr vielgestaltig sein können, werden Fluktuationen in der Praxis häufig übersehen, erklärte Dr. Reinhard Ehret, Berlin. Oft interpretiert sie der Patient selbst falsch und spricht den behandelnden Neurologen nicht darauf an. Aber auch die konsultierten Hausärzte, andere Fachärzte oder sogar Neurolgen und Nervenärzte bringen die Symptome wie Stimmungsschwankungen, Schmerzen oder Harndrang nicht in Verbindung mit der Parkinsonerkrankung. Oft übersehen die behandelnden Ärzte den Zusammenhang zwischen nicht-motorischen Störungen und Morbus Parkinson.

Die strukturierte Anamneseerhebung im klinischen Alltag ist zeitaufwendig – dies ist nicht zuletzt im Rahmen der Regelleistungsvolumina problematisch. Für eine gute Parkinsontherapie ist es daher unerlässlich, bei jedem Patientenkontakt die Diagnose zu hinterfragen. Der von Stacy et al. entwickelte „Wearing-off"-Fragebogen mit neun Fragen (WOQ9) ist nach Einschätzung von Ehret ein hilfreiches Instrument, um möglicherweise bestehende Fluktuationen rasch zu identifizieren. Die Medikation kann entsprechend angepasst und die Lebensqualität der Patienten damit erhöht werden. Der MAO-B-Hemmer Rasagilin (Azilect®) ist dabei eine wirksame Therapieoption, sowohl bei motorischen als auch nicht-motorischen Fluktuationen.

Das Erkennen von Fluktuationen, so Ehret, muss verbessert werden: einerseits durch verbesserte ärztliche Weiterbildung sowie Patienten- und Angehörigenschulung andererseits aber auch durch berufspolitisch verbesserte Rahmenbedingungen. **cm**

4. Parkinson-Kolloquium „Was kommt nach dem Honeymoon? – Erfolgsfaktoren der weiteren Parkinsontherapie"
Hamburg, 8. Juli 2009
Veranstalter: Lundbeck, Hamburg und Teva Pharma, Kirchzarten

Neue Leitlinien: Therapie schon nach dem ersten Krampfanfall

In der Epilepsietherapie hat ein Umdenken stattgefunden: Während in der Vergangenheit die Behandlung erst nach dem zweiten oder dritten Anfall begonnen werden sollte, können die Diagnose und der Therapiebeginn nach den aktuellen Leitlinien heute schon nach dem ersten Anfall erfolgen. „Wenn im MRT-Befund eine eindeutige epileptogene Läsion vorliegt oder sich im EEG spezifische Potenziale zeigen, ist die Wahrscheinlichkeit extrem groß, dass weitere Anfälle auftreten werden", berichtete Prof. Christian Elger, Bonn.

Da zwei Drittel der Epilepsiepatienten eine lebenslange antikonvulsive Therapie benötigen, sollten primär moderne Antiepileptika eingesetzt werden, die nicht mit anderen Pharmaka interagieren. Bei fokalen Epilepsien wird in den Leitlinien Levetiracetam (Keppra®) neben Lamotrigin als Mittel der ersten Wahl empfohlen, bei generalisierten Epilepsien Valproat.

Von einer Umstellung auf Generika raten die Leitlinien im Hinblick auf die variable Bioverfügbarkeit ab. Ein Wechsel setzt grundsätzlich eine sorgfältige Risikoabwägung und eine Aufklärung der Patienten voraus, erinnerte Elger. Vor allem anfallsfreie Patienten könnten durch die Umstellung gefährdet werden.

Levetiracetam zeichnet sich durch eine hohe antikonvulsive Wirksamkeit und eine günstige Pharmakokinetik aus, berichtete Prof. Konrad Werhahn, Mainz. Der Wirkstoff führt zu keiner signifikanten Enzyminduktion, hat keine klinisch relevanten Interaktionen und kann rasch aufdosiert werden. Verschiedene Studien haben eine mit Carbamazepin, Valproat und Lamotrigin vergleichbare Wirksamkeit und Verträglichkeit ergeben.

Prof. Christoph Helmstädter, Bonn, wies darauf hin, dass Levetiracetam keinen negativen Einfluss auf die Kognition hat oder diese sogar verbessern kann. In zwei aktuellen Anwendungsbeobachtungen ließ sich nachweisen, dass das Antikonvulsivum sowohl in der Add-on-Therapie als auch in der Monotherapie die kognitiven Funktionen im Vergleich zu Carbamazepin verbessern kann. **aam**

Satellitensymposium „Neue Leitlinien Monotherapie – Hintergründe, Empfehlungen und eine Standortbestimmung von Levetiracetam", anlässlich der 6. Gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie
Rostock, 22. Mai 2009
Veranstalter: UCB, Monheim

Mit Antidementiva Therapiekosten sparen

In Deutschland leiden gegenwärtig mehr als 600.000 Menschen an einer Alzheimer-Demenz (AD). Durch die steigende Lebenserwartung wird diese Zahl in den nächsten Jahren stark ansteigen. Dies geht leider nicht mit einer adäquaten Versorgungssituation der betroffenen Patienten einher. Fragen wie nach idealer Dauer oder Nutzen einer Behandlung von Patienten mit AD erörterten PD Dr. Martin Haupt, Düsseldorf, und Susanne Hartz, London, im Rahmen eines Symposiums auf dem IX. Kongress der DGGPP in Berlin.

„Wir müssen behandeln, sobald die Diagnose steht", betonte Haupt. Eine Studie von Mohs et al. zeigt, dass die Alltagskompetenz der Patienten unter der Gabe von Antidementiva wie beispielsweise Donezepil (Aricept®) um rund 72 % länger erhalten bleibt als unter Plazebo. Dazu könne die Heimeinweisung nach einer Untersuchung von Goldmacher und Mitarbeitern mit einer konsequenten Behandlung um etwa zwei Jahre (21,4 Monate) verzögert werden.

Eine Modellierungsstudie für Deutschland zur Überprüfung der Kosteneffektivität von Donezepil in der Behandlung der Alzheimer-Demenz, die im Rahmen dieses Symposiums präsentiert wurde, belegt darüber hinaus, dass sich der Einsatz dieses Antidmentivums rechnet. Das wichtigste Ergebnis dieser Untersuchung: Bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demez (MMSE: 10–26) ließen sich durch eine Behandlung mit Donezepil im Vergleich zu einer nichtmedikamentösen Behandlung erhebliche Kosten einsparen. Über die Studiendauer lag die mittlere Kostenreduktion aus der Perspektive der Sozialversicherung (GKV und PKV) bei 6.994 Euro. Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht ergaben sich sogar Einsparungen in einer Höhe von 9.827 Euro.

Gleichzeitig nahm auch die Lebensqualität der Demenzpatienten zu. Pro behandeltem Patient wurden 0,128 qualitätskorrigierte Lebensjahre (Quality Adjusted Life Year, QALY) gewonnen. Pro Pflegeperson ergab sich eine Zunahme von 0,014 QALYs.

Bei Patienten mit moderater bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz (MSSE 10–19) erwies sich die Therapie mit Donezepil ebenfalls kostengünstiger als eine Behandlung ohne Medikamente.

Nach Informationen von Eisai, Frankfurt/Main

Neuroprotektivum auf dem Prüfstand

In der anspruchsvollen ICTUS-Studie (International Citicoline Trial on Acute Stroke) wird derzeit die Wirksamkeit des Neuroprotektivums Citicolin überprüft. Es handelt sich um eine klinische randomisierte und plazebokontrollierte Doppelblindstudie, für die bis zu 2.600 Patienten mit ischämisch bedingtem Schlaganfall rekrutiert werden sollen. Bislang wurden bereits gut 1.000 Patienten aufgenommen. In der ICTUS-Studie erhalten Patienten spätestens 24 Stunden nach dem Ereignis zum ersten Mal Citicolin, zunächst intravenös, später oral oder aber jeweils ein Plazebopräparat für sechs Wochen. Nach weiteren sechs Wochen erfolgt die Auswertung. Mit einem aus verschiedenen Testskalen ermittelten Gesamtscore soll dann nach Maßgabe der neurologischen Restschäden (NIHSS) und anhand des Barthel-Index der Therapieerfolg ausgewertet werden.

In den Jahren 1955 bis 2000 sind nach den Worten von Dr. Marc Fisher, Worcester/USA, 49 neuroprotektive Substanzen in 114 klinischen Studien mit insgesamt 21.445 Patienten untersucht worden. Bislang zeigten sich dabei jedoch keine positiven Ergebnisse. Die Hoffnung, durch eine (zusätzliche) Behandlung mit Citicolin die Prognose von Schlaganfallpatienten zu verbessern, basiert auf mehreren Untersuchungen: Gepoolte Daten aus kleineren Studien weisen nach den Worten von Prof. Stephen Davis, Melbourne, in der Tat auf ein besseres Outcome hin, wenn die Patienten binnen 24 Stunden mit Citicolin behandelt wurden [Warach S et al. Ann Neurol 2000]. Zudem ließ sich mittels Kernspintomografie in zwei Untersuchungen unter Gabe des Neuroprotektivums ein vermindertes Infarktvolumen nachweisen (Davalos A et al. Stroke 2002). Mit ersten Zwischenergebnissen dieser prospektiven Multicenterstudie ist in Kürze zu rechnen. **lr**

Satellitensymposium „Methodological issues in future neuroprotective trials in acute stroke"
Stockholm, 28. Mai 2009
Veranstalter: Grupo Ferrer/Trommsdorff, Alsdorf

Zulassung für orales MS-Medikament beantragt

Das Unternehmen Merck Serono hat bei der europäischen Arzneimittelbehörde EMEA einen Antrag auf Zulassung für Cladribin zur Therapie der schubförmigen Multiplen Sklerose (MS) beantragt. Bislang sind alle krankheitsmodifizierenden Medikamente, die zur Behandlung der MS zugelassen sind, nur als Präparate zur Injektion verfügbar.

Der Antrag stützt sich auf die Ergebnisse der CLARITY-Studie, die auf den diesjährigen Jahrestagungen der Amerikanischen Akademie für Neurologie und der Europäischen Gesellschaft für Neurologie vorgestellt wurden. Dabei führte die kurzzeitige Verabreichung der Cladribin-Tabletten gegenüber Plazebo zu einer Verringerung der Schubraten von mehr als 50% über einen Zeitraum von 96 Wochen.

Nach Informationen von Merck Serono, Darmstadt

Epilepsie: Angststörungen unterschätzt

Bei Patienten mit Epilepsie treten psychiatrische Komorbiditäten wie Angststörungen häufig auf. Das wird im klinischen Alltag oft deutlich unterschätzt, bemängelte Dr. Christian Brandt, Bielefeld. Eine Untersuchung von 97 konsekutiven ambulanten Patienten mit therapieresistenter fokaler Epilepsie zeigte, dass 19,6 % von ihnen an einer Angststörung litten. Die Pravälenzen für soziale Phobie, Panikstörung und generalisierte Angststörung lagen dabei im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich höher.

In einer Pilotstudie untersuchte Brandt die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Pregabalin (Lyrica®, 300 bis 600 mg/d) bei Patienten mit therapieresistenter fokaler Epilepsie. Die 45 Studienteilnehmer wurden unterteilt in eine Gruppe mit beziehungsweise ohne Angststörungen. Erste Auswertungen zeigen, dass Pregabalin bei Patienten mit Epilepsie plus Angststörung signifikante Verbesserungen in den Subskalen zu Angst und Unsicherheit in der Symptomcheckliste (SCL-90-R) bewirkte, in der Phobie-Subskala ergab sich zudem ein statistischer Trend zugunsten von Pregabalin.

Nicht nur bei komorbiden Angststörungen ist Pregabalin eine gute Wahl für die Zusatztherapie partieller epileptischer Anfälle, auch bei der Behandlung älterer Epilepsiepatienten zeigt es Wirkung. Nach den Worten von Prof. Christian Elger, Bonn, ist fast die Hälfte der Epilepsiepatienten älter als 65 Jahre. Ursachen für eine neu beginnende Altersepilepsie können zerebrale Durchblutungsstörungen (35 %), Tumorerkrankungen (14 %) und Traumata (7 %) sein, aber auch Alkoholabusus oder neurodegenerative Erkrankungen. Aufgrund der häufigen Komorbiditäten und Begleitmedikationen sollten „inerte" Substanzen gegenüber den klassischen Antiepileptika bevorzugt werden. Pregabalin wird vorwiegend unverändert renal ausgeschieden und hat kein klinisch relevantes Interaktionspotenzial. Es ist daher mit anderen Medikamenten gut kombinierbar, betonte Elger. **aam**

Satellitensymposium „Einblicke in folgenreiche Facetten der Epilepsie: Alter, Kognition und Angststörungen. Was muss ich als Spezialist beachten?" anlässlich der 6. Gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie
Rostock, 22. Mai 2009
Veranstalter: Pfizer, Karlsruhe

Orales MS-Therapeutikum reduziert Schubrate um über 50 %

Bei schubförmiger Multipler Sklerose (MS) hat sich Interferon beta (z. B. Rebif®) in der Langzeitanwendung als außerordentlich sicher erwiesen. Es wird deshalb auch nach Einführung oraler MS-Therapeutika einen hohen Stellenwert einnehmen. Aus naheliegenden Gründen setzen Ärzte wie Patienten jedoch große Hoffnungen darauf, MS in Zukunft auch mit Tabletten behandeln zu können.

Mit Cladribin könnte das erste oral einzunehmende MS-Medikament in absehbarer Zeit zur Verfügung stehen. In der CLARITY-Studie (Cladribine Tablets Treating Multiple Sclerosis Orally) hatten 1.326 Patienten mit schubförmiger MS Plazebo beziehungsweise Cladribin in einer kumulativen Zwei-Jahres-Dosierung von 3,5 mg oder 5,25 mg/kg Körpergewicht eingenommen. Im ersten Jahr erhielten Patienten der Verumgruppe 1 je einen vier- oder fünftägigen Zyklus im ersten und zweiten Monat, in Gruppe 2 erfolgte je ein Zyklus in den ersten vier Monaten. Zu Beginn des zweiten Jahres erhielten die Patienten zwei Zyklen. Insgesamt wurden die Tabletten damit nur an acht bis 20 Tagen im Jahr eingenommen.

Wie Dr. Berit Rosche aus Berlin, berichtete, reduzierte das orale MS-Therapeutikum die Schubrate im Vergleich zu Plazebo um mehr als 50 % ($p < 0{,}001$; Giovannoni G et al., präsentiert beim Kongress der American Academy of Neurology 2009). Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Dosierungen bestanden nicht. Der Anteil der Patienten mit Behinderungsprogression war um knapp ein Drittel vermindert, die Krankheitsaktivität im MRT um etwa 80 % reduziert. Mehr als 90 % der mit Cladribin behandelten Patienten beendeten die Studie, was als Indiz für die gute Verträglichkeit zu werten ist.

Die bei 22% (niedrige Dosierung) beziehungsweise 31% der Patienten (hohe Dosierung) aufgetretene Lymphopenie war aufgrund des Wirkmechanismus von Cladribin als Nebenwirkung zu erwarten. Opportunistische Infektionen traten in der Studie nicht auf. **he**

Ärztliche Fortbildung Post-AAN
Berlin, 17. Juni 2009
Veranstalter: Merck Serono, Darmstadt

Parkinson: Restriktionen für transdermales System aufgehoben

Die Behandlung mit dem Wirkstoff Rotigotin (Neupro®) über ein transdermales System steht nun wieder allen Patienten in Europa zur Verfügung. Am 29. Juni 2009 wurden die entsprechenden Restriktionen der Europäischen Kommission zurückgenommen. Eine neu eingerichtete Kühlkette über den gesamten Vertrieb sichert die vorgeschriebene Lagerung beziehungsweise den Transport des Präparats. Das transdermale Pflaster ermöglicht eine kontinuierliche Abgabe des Wirkstoffs und eignet sich auch für Patienten mit Parkinson-typischen gastrointestinalen Störungen wie verzögerter Magenentleerung oder Schluckbeschwerden.

Nach Informationen von UCB, Monheim

Immunglobulin zur CIDP-Therapie zugelassen

Für die Behandlung der chronisch-inflammatorischen demyelinisierenden Polyneuropathie (CIDP) ist vor kurzem das intravenöse Immunglobulin Gamunex® 10 % zugelassen worden. „Bisher gab es keine zugelassene Therapie der CIDP", sagte Prof. Dr. Hans-Peter Hartung, Düsseldorf. „Die Zulassungsstudie bildet die Grundlage dafür, dass die Patienten eine Evidenz-basierte Behandlung erhalten können."
Die randomisierte ICE-Studie (Hughes RAC et al. Lancet Neurol 2008) gliederte sich in zwei Phasen. In der ersten Phase erhielten 117 Patienten das Immunglobulin oder Plazebo alle drei Wochen bis zu 24 Wochen lang. Dabei verbesserten sich im INCAT (Inflammatory Neuropathy Cause and Treatment)-Disability Score 54 % der Patienten unter Verum gegenüber 21 % in der Plazebogruppe. Auch die Griffstärke in der dominanten und nicht dominanten Hand nahm gegenüber Plazebo signifikant zu. 74 Patienten, die im INCAT-Disability Score eine Verbesserung um mindestens einen Punkt erreichten, erhielten dann in der 24-wöchigen Therapieerhaltungsphase erneut das Immunglobulinpräparat oder Plazebo. Das Risiko für ein Rezidiv unter der Immunglobulintherapie war mit 13 % signifikant geringer als unter Plazebo mit 45 %.
Da die CIDP behandelt werden kann, ist eine Abgrenzung zur anderen Neuropathien wichtig, betonte Prof. Judith Haas, Berlin. Zu den Charakteristika der klassischen CIDP gehören eine symmetrische, distale und proximale Muskelschwäche, abgeschwächte Muskeleigenreflexe, Parästhesien und ein chronisch progredienter oder schubförmiger Verlauf. **rha**

Pressekonferenz „Gamunex® 10 % – erstes und einziges Medikament mit Zulassung bei CIPD"
Frankfurt, 17.7.2009
Veranstalter: Talecris Biotherapeutics, Frankfurt

Zulassungsempfehlung für retardiertes Parkinsonmedikament

Der Ausschuss für Humanarzneimittel der Europäischen Arzneimittelagentur EMEA hat eine positive Empfehlung für die Zulassung von Pramipexol (Sifrol®) mit verzögerter Wirkstofffreisetzung ausgesprochen. Nach dieser Empfehlung ist die neue Formulierung zur symptomatischen Behandlung der idiopathischen Parkinsonkrankheit indiziert – sowohl als Monotherapie als auch in Kombination mit L-Dopa. Damit gilt dies während des gesamten Krankheitsverlaufs bis hin zu den Spätstadien, in denen die Wirkung von L-Dopa nachlässt oder Schwankungen in dessen therapeutischer Wirkung aufreten.
In klinischen Studien konnte nachgewiesen werden, dass Sifrol® Retardtabletten mit verzögerter Wirkstofffreisetzung und einmal täglicher Anwendung zu gleichmäßigeren Plasmaspiegeln von Pramipexol über 24 Stunden führen als die dreimal tägliche Gabe der Tabletten mit sofortiger Freisetzung.
Nach der Zulassung können bereits mit Pramipexol behandelte Parkinsonpatienten unverzüglich von einem Tag auf den anderen auf das Retardpräparat wechseln und dabei die gleiche Tagesdosis beibehalten, betonte Dr. Manfred Haehl, Bereichsleiter Medizin von Boehringer Ingelheim. „Die wirksame neue Behandlungsoption kombiniert den zuverlässigen klinischen Nutzen von Sifrol® mit den Vorzügen einer einmal täglichen Gabe."
Die Dosierung kann im weiteren Verlauf entsprechend dem therapeutischen Ansprechen des Patienten angepasst werden. Für Ärzte ist es wichtig, so Haehl, dass sie effektive und flexible Behandlungsschemata zur Auswahl haben und eine individuelle Therapie anbieten können, die den Bedürfnissen des jeweiligen Patienten entspricht.

Nach Informationen von Boehringer Ingelheim, Ingelheim

Kurz & Knapp

Neues Antiepileptikum in USA

_ In den Vereinigten Staaten ist seit Juni das neue Antikonvulsivum Lacosamid (Vimpat®) zugelassen. Es wird als Zusatztherapie für die Behandlung fokaler Epilepsien bei Patienten ab 17 Jahren eingesetzt. Der Zulassung liegen Wirksamkeits- und Sicherheitsdaten von Phase-II- und Phase-III-Studien mit 1.300 Patienten zugrunde, die an unkontrollierten fokalen Anfällen litten. Unter Lacosamid zeigte sich gegenüber Plazebo eine signifikante Reduktion der Anfallshäufigkeit.

Nach Informationen von UCB, Monheim

Parkinson-Internetportal für Ärzte

_ Auf einer neuen Internetseite können sich Kollegen zu Morbus Parkinson informieren. Den neuen Service unter www.requip-modutab.de stellt GlaxoSmithKline zur Verfügung. Die wissenschaftliche Beratung hat Prof. Jens Volkmann aus Kiel übernommen. Einer der Schwerpunkte ist das Therapieprinzip der kontinuierlichen dopaminergen Stimulation, wie es mit der modernen Galenik des retardierten Ropirinols (ReQuip-Modutab®) über 24 Stunden ermöglicht wird.

Nach Informationen von GlaxoSmithKline, München

Vernissage macht auf MS aufmerksam

_ Unter dem Motto „Denken – Fühlen – Malen" geht eine Kunstausstellung der besonderen Art auf Deutschlandtournee: Alle Kunstwerke, von Malereien über Grafiken bis hin zu Collagen, stammen von Patienten mit Multipler Sklerose. Mit der Aktion wollen die Initiatoren die Öffentlichkeit für das Thema MS sensibilisieren. Die Tour startete in Berlin, weitere Stationen sind Bonn, Frankfurt/Main, Hamburg und Ravensburg.

Nach Informationen von Sanofi Aventis, Frankfurt/Main/TEVA, Kirchzarten

BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

www.bvdn.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, U. Meier
Ambulante Neurologische Rehabilitation: W. Fries
Ambulante Psychiatrische Reha/Sozialpsychiatrie: S. Schreckling
CME (Continuing 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 Angehörigengruppen: U. Brickwedde (Psychiatrie), H. Vogel (Neurologie)

REFERATE
Demenz: J. Bohlken
Epileptologie: R. Berkenfeld
Neuroangiologie, Schlaganfall: K.-O. Sigel, H. Vogel
Neurootologie, Neuroophtalmologie: 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: bvdn.bund@t-online.de
Bankverbindung:
Sparkasse Neuss
Kto.-Nr.: 800 920 00
BLZ 305 500 00
BVDN Homepage: http://www.bvdn.de
Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN

BDN

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; Peter Berlit, Essen; Rolf F. Hagenah, Rotenburg; Rotenburg; Paul Reuther, Bad Neuenahr
Beirat: 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
DRG: R. Kiefer

Delegierte in Kommissionen der DGN
Leitlinien: U. Meier
Versorgungsforschung: U. Meier
Weiterbildung/ Weiterbildungsermächtigung: R. Hagenah
Anhaltszahlen/Qualitätssicherung: F. Reinhardt, P. Reuther
Rehabilitation: H. Masur
CME: P. Franz, F. Jungmann, P. Reuther
DRG: R. Hagenah, R. Kiefer

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden
DGNR: H. Masur
AG ANR: P. Reuther
BV-ANR: P. Reuther
UEMS: F. Jungmann

BDN-Landessprecher
Baden-Württemberg: Heinz Herbst
Bayern: Karl-Otto Sigel
Berlin: Walter Raffauf
Brandenburg: Martin Delf, Frank Freitag
Hamburg: Heinrich Goossens-Merkt, Peter Emrich
Hessen: Werner Wolf
Mecklenburg-Vorpommern: Liane Hauk-Westerhoff
Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf, Joachim Beutler
Nordrhein: Uwe Meier
Rheinland-Pfalz: Günther Endrass
Saarland: Joachim Eißmann
Sachsen: Elke Wollenhaupt
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Matthias Freidel
Thüringen: Barbara Schwandt
Westfalen: Klaus Gorsboth

BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP
1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Stellvertretender Vorsitzender: Christian Vogel, München
Schriftführer: Matthias Stieglitz, Berlin
Schatzmeister: Gerd Wermke, Homburg/Saar
Beisitzer: Uwe Bannert, Bad Segeberg; Frank Bergmann, Aachen; 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
Migrationssensible psychiatrische Versorgung: G. Sander, M. Stieglitz

Ich will **Mitglied** werden!

An die Geschäftsstelle der Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP Krefeld
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Fax: 02151 45 46 925

- ☐ **Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag 300–500 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 485 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 485 EUR.**
- ☐ **Ich wünsche die DREIFACHMITGLIEDSCHAFT – BVDN, BDN und BVDP – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 625 EUR.**

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

Tel.-Nr. _____ **Fax** _____

E-Mail/Internet: _____

Ich bin ☐ **niedergelassen** ☐ **in der Klinik tätig** ☐ **Chefarzt** ☐ **Facharzt**
☐ **Weiterbildungsassistent** ☐ **Neurologe** ☐ **Nervenarzt** ☐ **Psychiater**
☐ **in Gemeinschaftspraxis tätig mit:** _____

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

- ☐ **Fortschritte Neurologie / Psychiatrie**
- ☐ **Aktuelle Neurologie**
- ☐ **Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG**
- ☐ **Psychiatrische Praxis**
- ☐ **Die Rehabilitation**
- ☐ **Psychotherapie im Dialog**
- ☐ **PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie**
- ☐ **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

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

Konto-Nr.: _____

bei der _____ **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.)

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.á R. L. Die Springer Science+Business Media Finance S.á R.L. ist eine 100%-ige Tochter der Springer Science+Business Media S.A.

Geschäftsführer: Ulrich Huber, Dr. med. Dirk Einecke

Leitung Verlagsbereich III: Dr. med. Christoph Posch

Redaktion: Dr. rer. nat. Claudia Mäck (cm, Redaktionsleitung), Tel.: 089 4372-1403, Fax: 089 4372-1400, E-Mail: maeck@urban-vogel.de; Sebastian Lux (slx, -1444); Monika Hartkopf (MHa, Chefin vom Dienst, -1409); Christine Heckel (Assistenz, -1402)

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

Medical Communication: Ulrich Huber (Leitung, Anschrift wie Verlag, -13 31); Peter Urban (Anzeigenleitung, verantw., Anschrift wie Verlag, -1333, E-Mail: urban@urban-vogel.de) Anzeigenpreisliste Nr. 12 vom 1.10.2008

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 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 zwei Monate vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

Bezugspreise: Einzelheft: 20 EUR. Jahresabonnement: 194,40 EUR. Für Studenten/AIP: 136 EUR. Versandkosten jeweils: Inland 24 EUR, Ausland 32 EUR. Für Mitglieder des BVDN, BDN, BVDP (s. o.) und der DGPPN 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, Warenbezeichungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten, für die Empfehlungen im Expertenrat sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

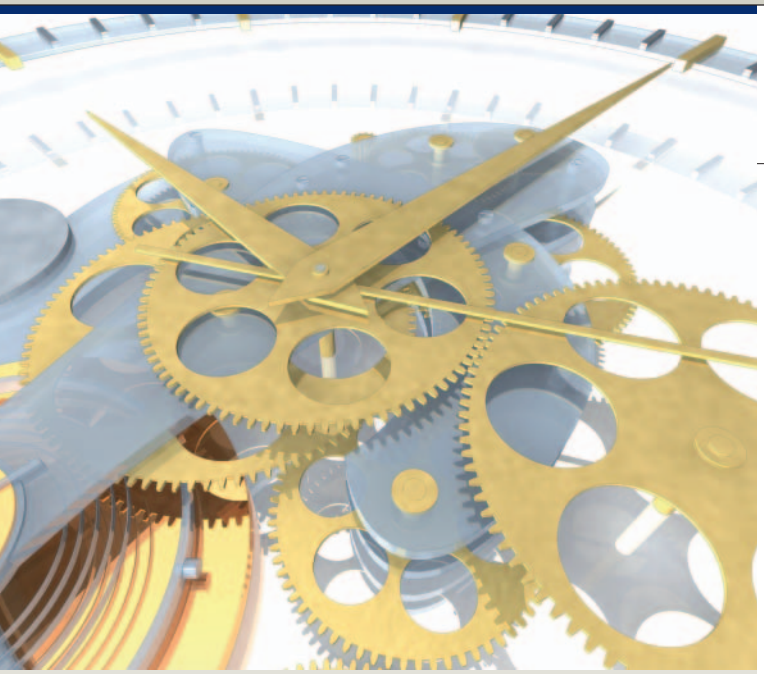
Druck: KLIEMO Printing, Hütte 53, B-4700 Eupen

Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

© Verlag Urban & Vogel GmbH, München

ISSN 1436-123X

LA-MED geprüft 2008



10 Jahre BDN: in kurzer Zeit viel bewegt

Der BDN feiert in diesem Jahr sein zehnjähriges Jubiläum. Auf den ersten Blick eine sehr kurze Zeit. Aber in nur einem Jahrzehnt haben mehrere neue EBM-Versionen und aktuell die Regelleistungsvolumina große Veränderungen bewirkt. Zudem führten zahlreiche Gesetzesänderungen zu mehr Wettbewerb, neuen Vertragsstrukturen und auch zu mehr Freiheit für Ärzte bei ihrer Berufsausübung. In solchen Zeiten muss ein Berufsverband seine Mitglieder mit konsequenter und weitsichtiger Politik unterstützen. Das bedeutet auch, dass sich der BDN strategisch auf die Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem einstellen muss, auch wenn sich diese schneller als früher verändern.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:
Dr. rer. nat. Claudia Mäck
Telefon: 089 4372-1403, Fax: 089 4372-1400
E-Mail: maeck@urban-vogel.de
Sebastian Lux
Telefon: 089 4372-1444
E-Mail: lux@urban-vogel.de

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

Titelbild: Fotolia.com/Fotoflash

Inhalt Sonderheft 1/2009

3 **Vorwort von Prof. Dr. H.-C. Diener und Dr. U. Meier**
5 **Grußwort von Prof. Dr. H. Reichmann**
8 **10 Jahre BDN – Teil 1**
10 **10 Jahre BDN – Teil 2**
16 **Mitgliederversammlung und BDN-Forum**
18 **Honorarsituation in der ambulanten Versorgung**
24 **Klinische Versorgung in der Neurologie**
26 **Netzwerke in der Neurologie**
30 **Ambulante Versorgung in Krankenhäusern (§ 116 SGB V)**
35 **Berufspolitik auf Landesebene**
36 **Junge Neurologen**
37 **Neuroscout**
38 **Deutsches Institut für Qualität in der Neurologie**
40 **Neurologen und Psychiater im Netz**
45 **Athene**

6 **Impressum**
50 **Pharmaforum**
54 **BVDN/BDN/BVDP**
Struktur und Adressen

Wichtiger Hinweis!

Diese Ausgabe enthält den Kongress Report Aktuell „Aktuelles von der internationalen Alzheimer-Konferenz (ICAD 2009): Rivastigmin-Pflaster ermöglicht hoch dosierte Langzeittherapie“ (S. 48 f.).

Wir bitten um Beachtung!

Anzeige