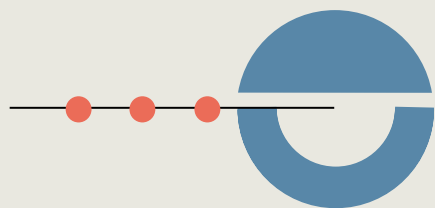


1
September 2011 _ 22. Jahrgang

NEUROTRANSMITTER

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

BDN-Sonderheft
zum 84. Kongress
der DGN 2011



Honorargerechtigkeit im Fokus
Was macht die KBV?

Versorgungsstrukturgesetz
**Zusammenarbeit zwischen Klinik
und Praxis gestalten**

Versorgung in der Neurologie heute
Das sagen die Experten

Arzneimittel-Neuordnungsgesetz
Was bringt das neue Bewertungssystem?



Dr. med. Uwe Meier
Vorsitzender des BDN



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

„Die Verunsicherung ist größer geworden“

Auch 2011 berichten wir in gewohnter Weise anlässlich des DGN-Kongresses über berufspolitische Themen. Will man das zurückliegende Jahr für den Berufsverband bilanzieren, lässt es sich am ehesten mit diesen Worten zusammenfassen: „Die Aktionsfelder sind die gleichen, die Verunsicherung aber ist größer geworden.“ Hauptthemen bleiben der wachsende Versorgungsdruck in der Neurologie bei gleichzeitigem Nachwuchsmangel sowie dringend notwendige sektorenübergreifende Versorgungskonzepte mit Kooperationen und Vernetzungen. Ebenso leidiges Dauerthema: die leistungsgerechte Honorarverteilung.

Die Politik macht es den Akteuren im Gesundheitssystem nicht leicht. Grundsätzlich konnten wir in den Gesprächen mit dem Bundesgesundheitsminister und anderen Politikern zwar den Eindruck gewinnen, dass die Sensibilität für die Versorgungsprobleme deutlich gewachsen ist. In der Realisierung bleibt der Gesetzgeber jedoch zaghaft. Der Referentenentwurf des neuen Versorgungsgesetzes ist kaum geeignet, die drängenden Probleme des Gesundheitssystems auch nur im Ansatz zu lösen. Zu groß ist die Angst, unbequeme Wahrheiten gegenüber dem Wähler auszusprechen. Es bleibt bei einem unbegrenzten Leistungsversprechen einer Rundumsorgelosversorgung. Dem gegenüber stehen aber begrenzte Ressourcen, die kein Politiker im Umfeld globaler Wirtschaftskrisen dem tatsächlichen Bedarf anpassen kann.

Versteckte Rationierung

Paradoxerweise werden Politiker und Krankenkassenvertreter nicht müde, öffentlich uns Ärzten anzulasten, dass Deutschland Weltmeister bei der Anzahl der Arztbesuche ist. Solange das Leistungsversprechen aufrechterhalten und die Diskussion über Priorisierung gemieden wird, schreitet die versteckte Rationierung unweigerlich voran. In dieser fatalen Dynamik bleibt der Schwerkranken wie immer der Verlierer. Dass sich Neurologen überwiegend um die Schwerstkranken kümmern, ist spätestens seit Einführung des Gesundheitsfonds „amtlich“. Krankenkassen profitieren inzwischen gut von der Umverteilung über den Morbiditäts-Risikostrukturausgleich. Eine echte morbiditätsbezogene Weitergabe an diejenigen, die die Last der Versorgung tragen, findet aber nach wie vor nicht statt. Auch die Honorarpolitik bleibt in ihrer Grundkonstruktion leistungsfeindlich – dies betrifft die Verteilung der Mittel zwischen den Fachgruppen, zwischen den Ländern aber auch innerhalb unserer Fachgruppe. Die Nivellierung der Fallwerte auf ein Mittelmaß ist ein absurder, versorgungsfeindlicher Fehlanreiz.

Das politisch mühsame Drehen an einzelnen Schrauben der Honorarpolitik kann auf Dauer nicht helfen. Wir brauchen einen Paradigmenwechsel, der eine gute Versorgung unserer Patienten ermöglicht. Daran arbeiten die Berufsverbände BDN, BVDN und BVDP, unterstützt von den Fachgesellschaften, mit Hochdruck. Wir benötigen eine breite Unterstützung durch KBV, Krankenkassen und Politik. Alle Konflikte, die bei bestehenden Partialinteressen (meist auf regionaler Ebene) durchaus verständlich sind, müssen auf diesem Weg zurückstehen. Eine Spaltung auf Bundesebene würde mit einem Schlag unsere Fachgruppe erheblich schwächen und alle bisherigen Bemühungen konterkarieren.

Wir sind froh, dass uns die Fachgesellschaft DGN in unseren Bemühungen unterstützt. An dieser Stelle daher der ausdrückliche Dank für die sehr gute Zusammenarbeit und dafür, dass wir auch in diesem Jahr wieder Gast auf dem Kongress sein dürfen. Der BDN-Stand befindet sich zum ersten Mal im neuen DGN-Forum (siehe auch unseren Bericht hierzu auf Seite 47), das auf diesem Kongress seine Premiere feiert.

Vielversprechende Ansätze

Unverdrossen berichten wir in dieser Kongressausgabe aber auch über positive Entwicklungen. Die Schlagkraft der Öffentlichkeitsarbeit und damit die Wahrnehmung der Neurologie in der Öffentlichkeit nehmen stetig zu. Die Aktivitäten der jungen Neurologen machen schlichtweg Spaß. Jedesmal vermitteln deren Veranstaltungen erneut die Begeisterung an dem Fach und die Lust, ein Neurologe sein zu wollen.

Derzeit verlaufen die Aktivitäten zur Entwicklung sektorenübergreifender Behandlungspfade im Bereich der Multiplen Sklerose außerordentlich konstruktiv. Wir arbeiten dabei zusammen mit dem Krankheitsbezogenen Kompetenznetz Multiple Sklerose (KKNMS), der deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) und der DGN. Es macht einfach Freude, sich einmal mehr mit der Medizin und der Gestaltung von guten Versorgungskonzepten zu beschäftigen. In diesem Sinne freuen wir auf eine spannende Tagung.



Perspektive Neurologie

Kolleginnen und Kollegen in den neuropsychiatrischen Fachdisziplinen behandeln viele schwer und chronisch erkrankte Patienten. Die medizinische Betreuung stellt höchste Ansprüche: Neben hohen fachlichen Standards und dem Einsatz moderner Therapeutika sind auch effiziente Versorgungsstrukturen nötig. In dieser Sonderausgabe zum 84. DGN Kongress 2011 haben wir für Sie die aktuelle Situation zu sechs Bereichen innerhalb der Neurologie zusammengestellt.

Weitere wichtige Themen sind die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen – unter anderem mit dem in Kraft getretenen Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) und dem geplanten Versorgungsstrukturgesetz. Den aktuellen Fragen der Berufsverbände stellte sich KBV-Chef Dr. Andreas Köhler in einem ausführlichen Interview.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. Gunter Freese (Leitung)
Telefon: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435
E-Mail: gunter.freese@springer.com
Monika Hartkopf (CVD, -1409)
E-Mail: monika.hartkopf@springer.com

Schriftleitung dieser Sonderausgabe:

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

Titelbild:

ag visuell - Fotolia.com

3 Editorial

Versorgung

8 Aktuelle Entwicklungen in der Neurologie

Honorar

16 Interview mit Dr. Andreas Köhler

Honorargerechtigkeit im Fokus

22 Privatliquidation

Fortschritte bei der GOÄ?

Medizinrecht

24 Zusammenarbeit zwischen Praxis und Klinik

Konsil, Teilzeitanstellung und
Kooperationsvertrag

30 AMNOG – Was bringt das neue Bewertungssystem?

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 (za) (verantwortlich), Watmarkt 9, 93047 Regensburg, Tel.: 0941 561672, Fax: 0941 52704, E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

Verlag: Springer Medizin | Urban & Vogel GmbH, Aschauer Str. 30, 81549 München,
Tel.: 089 203043-1300, Fax: 089 203043-1399, www.springerfachmedien-medizin.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: Harm van Maanen, Stephan Kröck, Dr. Esther Wieland, Matthias Wissel

Director Facharzt Medizin: Dr. Christoph Posch

Ressortleitung: Dr. Gunter Freese

Redaktion: Dr. Gunter Freese (Leitung), Tel.: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435,
E-Mail: gunter.freese@springer.com; Thomas Müller (-1461); Monika Hartkopf (CvD, -1409);
Bernadette Helms (Assistenz, -1368)

Layout: Alison Hepper (Leitung), Edda Führer (Layout)

Corporate Publishing: Ulrike Hafner (Leitung, Anschrift wie Verlag, -1331);

Anzeigenleitung: Peter Urban (Anschrift wie Verlag, -1333,
E-Mail: peter.urban@springer.com) Anzeigenpreisliste Nr. 13 vom 1.1.2010

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.springerfachmedien-medizin.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: 21 €. Jahresabonnement: 199 €. Für Studenten/AIP: 139 €. Versandkosten jeweils: Inland 24 €, Ausland 33 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 48 € zzgl. Versandkosten (s.o.).

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

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

Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

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



LA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2008

Sektorenübergreifende Versorgung

- 34 Düsseldorf klinisch-ambulantes Kooperationsprojekt bei Bewegungsstörungen**
Klarer Vorteil für die Patienten

Öffentlichkeitsarbeit

- 36 Neurologen und Psychiater im Netz – NPIN**
Neue Rekorde bei Besucherzahlen
- 41 Internetpräsentation regionaler Versorgungsstrukturen**
Erst die Homepage gibt den ZNS-Netzen ein Gesicht
- 44 Neurologie Direkt**
Patientenaufklärung leicht gemacht
- 47 DGN-Forum**
Wichtige Fragen gemeinsam klären
- 50 Junge Neurologen**
Nachwuchsarbeit für die Neurologen

7 Impressum

- 54 Pharmaforum**
- 60 Verbandsservice**

Aktuelle Entwicklungen in der Neurologie

Die Versorgung von Patienten mit neurologischen Erkrankungen nimmt nicht zuletzt aufgrund der demografischen Entwicklung einen immer größeren Stellenwert ein. Gleichzeitig sind in der Neurologie Fortschritte in der Diagnostik und in der Therapie wie in kaum einem anderen Fach zu verzeichnen. Uns interessiert die Zukunft. Wir haben aus diesem Grund für dieses BDN-Sonderheft führende Experten gebeten, eine Einschätzung künftiger Entwicklungen in sechs wichtigen neurologischen Krankheitsbildern abzugeben. Von besonderem Interesse sind die weiterhin zu erwartenden Fortschritte in Diagnostik und Therapie und die Herausforderungen für die Versorgungsstrukturen.

Die demografische Entwicklung mit in der Folge steigenden Zahlen chronisch und schwer erkrankter Patienten bedingt es, dass das Fachgebiet der Neurologie in der Zukunft weiter in das Zentrum der Versorgung rücken wird.



DEMENZ

Standards für Therapie und Diagnostik

Unverändert sind Cholinesterasehemmer und Memantine die wichtigsten verfügbaren Antidementiva. Sie verzögern die Symptomprogression bei der Alzheimer-Demenz um einige Monate – haben aber nur mäßige Effekte auf die Alltagsaktivitäten und die demenzbedingten Verhaltensstörungen. In der Therapie der Parkinson-Demenz sind die Cholinesterasehemmer ebenfalls etabliert und wirksam. Zwei neuere Studien für Memantine haben für die Lewykörper-Demenz und die Parkinson-Demenz zusammen jedoch wenig überzeugende Ergebnisse ergeben:

Die Anti-Amyloid-Impfung musste wegen aufgetretener Enzephalitiden gestoppt werden. Die Patienten, die sie trugen, wurden weiter beobachtet; dabei zeigten sich nur geringe Verbesserungen.

Medikamente wie Gingko biloba werden immer noch zu häufig eingesetzt und binden unberechtigterweise große Ressourcen im Gesundheitssystem.

Neue Substanzen noch nicht einsatzbereit

Wahrscheinlich muss der Therapiebeginn bei der Demenz sehr viel früher im Krankheitsverlauf einsetzen. Dazu werden zahlreiche pathogenesebezogene Ansätze verfolgt: Der zentrale Angriffspunkt ist die Spaltung des Amyloid-Precursor-Proteins. Dieses Protein – normalerweise durch die α -Sekretase

gespalten – wird bei der Alzheimer-Demenz verstärkt durch die β - und die γ -Sekretasen gespalten; dies führt zur Anhäufung von Amyloid- β . Zahlreiche Inhibitoren und Aktivatoren dieses Systems sind in der Entwicklung, ohne dass jedoch in nächster Zeit ein aussichtreicher Kandidat klinisch zur Verfügung stehen wird. Daher werden wir auf die Entwicklung qualitativ neuer Medikamente noch warten müssen.

Es gibt verstärkt Anstrengungen, auch die Frühstadien der Demenzen durch prospektive und biomarkergestützte Kohortenstudien besser zu erkennen. Hier spielen die Bildgebung durch Magnetresonanz und Liquoruntersuchungen die größte Rolle. Dies hat auch Eingang in die Revision der NINDS-ADRA-Kriterien (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer's Disease and Related Disorders Association) gefunden.

Derzeit wird die Zahl der Alzheimer-Patienten in Deutschland auf 1,3 Millionen geschätzt. Und es ist damit zu rechnen, dass sich diese Zahl bis 2050 verdoppeln wird. Die Demenz gehört damit zu den großen Aufgaben der zukünftigen Patientenversorgung. Die S3-Leitlinie Demenz der Fachgesellschaften DGN und DGPPN ist bereits 2010 erschienen und wurde von den Fachärzten gut angenommen. Derzeit befindet sich die Nationale Versorgungsleitlinie in Bearbeitung. Da-



Prof. Dr. med. Günther Deuschl, Kiel

»Es gibt verstärkt Anstrengungen auch die Frühstadien der Demenzen besser zu erkennen.«

bei zeigen sich Schnittstellenprobleme zwischen der Hausarzt- und der Facharztbene. Selbst so wichtige Fragen, wie das Recht auf eine korrekte Diagnose werden dabei diskutiert. In Anbetracht der behandelbaren Demenzursachen, die bei etwa 5–8% liegen, bestehen die klinischen neurowissenschaftlichen Fachgebiete uneingeschränkt auf etablierten Diagnoseprogrammen.

Jeder Demenzpatient muss zumindest einer standardisierten klinischen Diagnostik einschließlich zerebraler Bildgebung und basaler Laboruntersuchung zugeführt werden. Hier sind für Neurologen Kompromisse kaum denkbar. Die Bedeutung einer solchen konsentierten Leitlinie sollten wir nicht unterschätzen: Damit werden Standards geschaffen. Sie sollen zudem helfen, die Demenzen aus der gesellschaftlichen Diskriminierung herauszuführen. □

SCHLAGANFALL

Neue Therapien – Blick auf Stroke Units

Beim Schlaganfall als häufigster neurologischer Erkrankung zeichnet sich eine Reihe neuer Entwicklungen ab. In der Akuttherapie führen moderne Kathetersysteme zu Rekanalisationsraten von über 80%. Neben dem Penumbra-System, bei dem der Blutclot endovaskulär abgesaugt wird, bewähren sich (häufig in Kombination) endovaskuläre Stent-Systeme, mit denen der Thrombus geborgen werden kann. Erfreulich ist, dass zwei randomi-

sierte Studien – die IMS-III- und die River-Studie – den Einsatz der endovaskulären Therapie randomisiert gegen die systemische Thrombolyse prüfen.

Eine Vergleichsstudie mit Tenecteplase versus rekombinantem gewebspezifischem Paminogenaktivator (rt-PA, Alteplase) im 6-Stunden-Zeitfenster zeigte eine Überlegenheit von Tenecteplase hinsichtlich der Reperfusionrate und der neurologischen Verbesserung. Die höhere



Prof. Dr. med. Joachim Röther, Hamburg Altona

»In der Akuttherapie führen moderne Kathetersysteme zu Rekanalisationsraten von über 80%.«

Effizienz von Tenecteplase ist jedoch nur durch geringe Fallzahlen belegt, sodass weitere Studien abzuwarten sind. Bis dahin bleibt Alteplase die einzige medikamentöse Akutschlaganfalltherapie. Deutschland nimmt hier mit Thrombolyseraten von 10% weltweit eine Spitzenposition ein.

Der selektive Thromboxan-Prostaglandin-Rezeptorantagonist Terutroban war der Gabe von 100 mg Aspirin nicht überlegen (PERFORM-Studie). Umso mehr werden daher die neuen Antikoagulanzen Dabigatran, Rivaroxaban und Apixaban die Diskussion beherrschen. Dabigatran ist seit kurzer Zeit als erster oraler direkter Thrombin-Inhibitor zugelassen und wird Marcumar® weitestgehend ablösen. Es gibt stichhaltige Argumente für den Vorzug von Dabigatran gegenüber Vitamin-K-Antagonisten: besserer Schutz vor Schlaganfällen und systemischen Embolien bei ähnlicher Blutungsrate wie Warfarin bei

zweimal 150 mg/Tag – und ähnliche Wirksamkeit bei signifikant niedriger Blutungsrate in der Dosis bei zweimal 110 mg. Hinzu kommt, dass die intrakranielle Blutungsrate in beiden Dosierungen niedriger liegt als bei der Warfarin-Behandlung.

„Comprehensive Stroke Units“

Deutschlands Strukturen für die Versorgung akuter Schlaganfallpatienten und ihre Rehabilitation sind einzigartig: Über 70% dieser Patienten werden auf Stroke Units versorgt und die Mehrzahl der Patienten im Anschluss an den Akutaufenthalt einer Rehabilitationstherapie zugeführt. Zukünftiges Ziel ist es, die Rate der auf Stroke Units zu behandelnden Patienten noch weiter zu steigern. Hierzu ist es erforderlich, bestehende Stroke Units zu erweitern und akute Schlaganfallpatienten konsequenter an kleinen Kliniken ohne diese Versorgungseinheiten vorbe-

zuleiten. Eine halbe Stunde längere Transportzeit ist gut investiert, wenn der Patient dafür qualifiziert versorgt wird! Dies muss gelegentlich mit Hilfe der Behörden durchgesetzt werden. Die Versorgung von akuten Schlaganfallpatienten in kleinen internistischen Einheiten mit nicht zertifizierten „Stroke Units light“ ist rückwärtsgewandt und erfüllt nicht die qualitativen Standards.

Eine Bereicherung in der Versorgung der Akutpatienten stellt das erweiterte Stroke-Unit-Konzept dar: Patienten werden nach der akuten Monitoring-Phase auf der Stroke Unit übergangslos auf einer „Comprehensive Stroke Unit“ weiter betreut. Damit werden Schnittstellenprobleme unterbunden. Dieses Konzept ist derzeit in der Erprobungsphase. Es ist zu wünschen, dass sich das Konzept flächendeckend ausbreitet und in Zukunft auch DRG-relevant sein wird. □

KOPFSCHMERZ

Neue Konzepte im Blickpunkt

In der Akuttherapie von Migräneattacken waren die Triptane ein echter therapeutischer Durchbruch. Bedingt durch die weiterhin chaotische Preisgestaltung und die Weigerung vieler Firmen, den Preis ihres Triptans an den Festpreis anzugleichen, gibt es ein erhebliches Durcheinander bei der Verschreibung von Triptanen. Dies erklärt auch, warum eine Reihe von Triptanen im Moment so gut wie gar nicht mehr verschrieben werden.

In der Entwicklung befinden sich neue Substanzen wie die Calcitonin-Gene-Related-Peptide (CGRP)-Antagonisten und die Serotonin(5-HT)_{1F}-Agonisten, die bei der Behandlung von akuten Migräneattacken wirksam sind. Beide Substanzgruppen haben keine vasokonstriktiven Eigenschaften und können auch Patienten verabreicht werden, bei denen Kontraindikationen zu Triptanen bestehen.

Im Bereich der Interventionen sind einige neue Techniken in der Entwicklung. Dies betrifft insbesondere die Behandlung von Cluster-Attacken und die Therapie schwerster, bisher weitgehend therapierefraktärer Migräneattacken. Dazu gehört beispielsweise die Stimula-

tion des Ganglion sphenopalatinum. Im Bereich der Prophylaxe von chronischen Kopfschmerzen ist es zu einem gewissen Stillstand gekommen, da eine Vielzahl neuer Substanzen entweder nicht wirksam war oder die Entwicklung wegen Nebenwirkungen eingestellt werden musste. In der Erprobung befindet sich hier die bilaterale Stimulation des N. occipitalis major bei therapierefraktärem Cluster-Kopfschmerz und bei therapierefraktärer Migräne. In einem großen prospektiven Register soll untersucht werden, ob der Verschluss eines offenen Foramen ovale bei Patienten mit atypischen Auren eine therapeutische Wirksamkeit hat.

Vorteile für integrierte Versorgung

Chronische Kopfschmerzen können wie andere chronische Schmerzen nur interdisziplinär im Rahmen der integrierten Versorgung mit hoher Qualität behandelt werden. Dazu gehört die Kooperation von Neurologen mit Verhaltenspsychologen sowie Physio- und Sporttherapeuten. Sektorenübergreifend müssen diese Patienten im ambulanten Bereich von Neurologen beziehungsweise Ner-



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

»Die Integrierte Versorgung Kopfschmerz hat im Rheinland zu exzellenten Ergebnissen geführt.«

venärzten und in qualifizierten Kopfschmerz-Zentren betreut werden. Die Evaluation der Integrierten Versorgung Kopfschmerz im Rheinland hat gezeigt, dass dies zu exzellenten Ergebnissen führt: Hier konnten nicht nur die Anzahl der Kopfschmerztag und die Fehlzeiten am Arbeitsplatz reduziert werden – die Patientenzufriedenheit war hoch und die Behandlung deutlich preiswerter als die Regelversorgung. Wünschenswert wäre daher, dass in allen Bundesländern entsprechende Kopfschmerz-Zentren mit Integrierter Versorgung Kopfschmerz etabliert werden. □

MULTIPLE SKLEROSE

Bessere Optionen – komplexere Strategien

Bei der Behandlung von Patienten mit Multipler Sklerose (MS) sind mehrere herausragende Entwicklungen zu verzeichnen: Nach Einführung der Interferone und des Glatirameracetats in den 1990er-Jahren gibt es seit 2006 mit Natalizumab einen ersten monoklonalen Antikörper zur Therapie hochaktiver schubförmig remittierender Formen. Allerdings ist das Risiko schwerer Nebenwirkungen höher als bei den Basistherapien – unter Natalizumab wurden Fälle von progressiver multifokaler Leukenzephalopathie (PML) beobachtet. Seit 2011 ist für die schubförmig-remittierende Form der MS auch erstmals ein Medikament in Tablettenform (FTY 720, Fingolimod beziehungsweise Gilenya®) zugelassen. Dies bedeutet einen weiteren Meilenstein in der Entwicklung der Therapie.

Insgesamt sind die Behandlungsmöglichkeiten bei schubförmigen und schubförmig-hochaktiven Verlaufsformen deutlich besser geworden – einschließlich bestimmter Therapieformen im Off-Label-Bereich. Bei der primär progredienten MS (bisher keine zugelassene Therapieoption) sowie bei der sekundär progredienten Form, bei der nach wie vor letztlich nur Mitoxantron und Interferone bei noch schubförmigen Auflagerungen verfügbar sind, gibt es allerdings nach wie vor nur wenige Therapieoptionen.

Fortschritte bei der Diagnostik

Die Diagnostik hat sich ebenfalls wesentlich verbessert, vor allem durch die präzisere Gewichtung und weitere Entwicklungen in der Kernspintomografie. Durch die neue Revision der MS-Diagnosekriterien im vergangenen Jahr ist es

nun möglich, mit einer einzeitigen Kernspintomografie die Dissemination in den Dimensionen Zeit und Raum, (dem Kernkriterium der MS-Diagnostik) nach einmaligem klinisch demyelinisierendem Ereignis nachzuweisen. Damit rückt das klinisch isolierte Syndrom immer näher an die Diagnose der MS heran. Diese Möglichkeit vereinfacht die Diagnosestellung ganz klar – legt jedoch noch höhere Bürden auf die neurologischen Kollegen bei der korrekten differenzialdiagnostischen und differenzialtherapeutischen Einordnung.

Die Diagnose ist mitnichten eine radiologische Aufgabe, sondern weiterhin eine Kombination von klinischen, laborchemischen, elektrophysiologischen, liquordiagnostischen und radiologischen Parametern, die zur richtigen Einschätzung entsprechender zentral demyelinisierender Symptome eingesetzt werden.

Das Therapiearsenal für die MS wird sich in den nächsten Jahren noch erweitern. Ein wesentliches Ziel muss es sein, Therapieentscheidungen besser zu „individualisieren“ beziehungsweise „spezifischer“ zu machen, das heißt auch Biomarker für Prognose, Verlauf, Pathogenese-Subtyp, Therapieansprechen oder Verlaufskontrolle zu entwickeln.

Herausforderung für die Versorgungsstrukturen

Die Therapie der MS ist effektiver – gleichzeitig aber auch deutlich komplexer und riskanter – geworden. Die Therapeutika haben teilweise fatale Nebenwirkungen, sodass ein hohes Wissen sowie Qualifikation im Umgang mit den verfügbaren Therapieoptionen, dem Moni-



Prof. Dr. med. Heinz Wiendl, Münster

»Durch die neue Revision der MS-Diagnosekriterien 2010 ist es nun möglich, mit einer einzeitigen Kernspintomografie die Dissemination in den Dimensionen Zeit und Raum, nach einmaligem klinisch demyelinisierendem Ereignis nachzuweisen.«

toring und Handling von Komplikationen notwendig sind. Dem steht eine Situation gegenüber, in der rund 85 % der Gesamtversorgung der MS-Patienten im ambulanten beziehungsweise niedergelassenen Bereich stattfindet. Wichtig wird nun sein, Qualitätskriterien und -standards für die Versorgung der Patienten zu entwickeln, der sich alle Neurologen beziehungsweise Nervenärzte verpflichten. Gegenwärtig arbeiten viele Stellen daran, diese Kriterien in die Praxis umzusetzen. Es entstehen Netzwerke, die das Prinzip der integrierten Versorgung verfolgen. Sie entwickeln kooperative Modelle, die ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungsstrukturen miteinander verknüpfen. Modelle mit Kompetenz- und Referenzzentren nehmen Formen an. Dies ist wichtig, damit das Niveau der Behandlung und vor allen Dingen die Therapie optimiert werden können. Beides ist von zunehmender Bedeutung: Einerseits, weil die MS immer früher diagnostiziert und damit besser behandelt werden kann. Andererseits, weil gerade die verlaufsmodifizierenden immunologischen Therapien sehr komplex sind. Das Kompetenznetzwerk Multiple Sklerose spielt in diesem Prozess in Kooperation mit der Fachgesellschaft DGN, den Berufsverbänden BDN und BVDN sowie der Patientenorganisation Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) eine wichtige koordinierende Rolle. □



MORBUS PARKINSON

Entwicklungen mit großem Potenzial



Prof. Dr. med. Wolfgang Oertel, Marburg

»Mit der Magnetresonanztomographie-Technik des Diffusion Tensor Imaging können Veränderungen im Hirnstamm und in der Substantia nigra bei der REM-Schlafstörung detektiert und möglicherweise deren Verlauf beobachtet werden, bevor eine Affektion des nigrostriatalen Systems auftritt.«

Für die apparative Differenzialdiagnose der Parkinsonkrankheit finden unverändert die nuklearmedizinischen Verfahren Anwendung. Hier wird das nigrostriatale System bzw. der postsynaptische Dopaminrezeptorstatus dargestellt. Ergänzend folgen morphologische Abbildungen der Basalganglien durch Kernspintomografie mit speziellen Sequenzen.

In der klinischen Diagnostik richtet sich das Interesse zunehmend auf die präklinischen Stadien der Erkrankung. Die Hyposmie und die Störung des REM-Schlafverhaltens sind wesentliche prämotorische Risikofaktoren, die eine spätere Parkinsonkrankheit mit hoher Wahrscheinlichkeit voraussagen können. Sie charakterisieren ein neuartiges Kollektiv von Patienten vor dem Auftreten der motorischen Kardinalsymptome, die als ideale Kandidaten einer potenziell neuroprotektiven Therapie gelten. Mit der Magnetresonanztomographie-Technik des „Diffusion Tensor Imaging“ (DTI) als bildgebender Modalität können Veränderungen im Hirnstamm und in der Substantia nigra bei der REM-Schlafstörung detektiert und möglicherweise deren Verlauf beobachtet werden, bevor eine Affektion des nigrostriatalen Systems auftritt.

Neue Substanzen

Neue oral gegebene Medikamente könnten in den kommenden Jahren die Möglichkeiten der symptomatischen Therapie erweitern. Dazu gehören die Substanzen AFQ 056, Saffinamid 27919 und BF 2.649.

AFQ 056 ist ein metabotroper Glutamat-Rezeptor-5-Antagonist, der zur Behandlung von Dyskinesien eingesetzt werden kann. Dies wäre die erste Substanz, die Dyskinesien gezielt reduzieren könnte. Bei Saffinamid 27919 handelt es sich um einen MAO-B-Inhibitor, der gleichzeitig die Freisetzung von Glutamat hemmt. Neben der symptomatischen Wirkung ist sein möglicher, zusätzlicher antidyskinetischer Effekt von Interesse. BF 2.649 als Histamin-H3-Autorezeptor-Antagonist wird für die Therapie der exzessiven Tagesmüdigkeit getestet.

Gentherapeutische Ansätze

Ein gentherapeutischer Ansatz zur symptomatischen Behandlung ist der Transfer des Gens für die Glutamatdecarboxylase (GAD) mittels viralem Vektor in den Nucleus subthalamicus (STN). Die Überexpression des Proteins führt zur Synthese von GABA aus Glutamat. Damit wird der STN – funktionell der Tiefenhirnstimulation entsprechend – von einem exzitatorischen in einen inhibitorischen Kern umgewandelt. Eine Phase-II-Studie hierzu ist erfolgreich abgeschlossen worden.

Die Gabe des Wachstumsfaktors Neurturin mittels Gentransfer zeigte in einer großen, kontrollierten Phase-II-Studie die erwartete klinische Verbesserung erst verzögert, sodass zunächst eine Optimierung des verwendeten Protokolls erforderlich scheint. Dabei sind die genannten gentherapeutischen Ansätze derzeit noch als hochexperimentelle Verfahren anzusehen.

Neuroprotektion im Blick

Bei den potenziell neurorestaurativen beziehungsweise krankheitsmodifizierenden Ansätzen ist das oral zur Verfügung stehende Präparat PYM 50028 (CoganeTM) zu erwähnen. Im Tiermodell

führte diese Substanz zu einer Erhöhung striataler Konzentrationen der Wachstumsfaktoren GDNF (Glial Cell Line-Derived Neurotrophic Factor) sowie BDNF (Brain-Derived Neurotrophic Factor). Im Toxinmodell der Parkinsonkrankheit zeigte sich eine Schutzwirkung bei dopaminergen Neuronen.

Als Komplikation der dopaminergen Therapie, insbesondere bei Verabreichung von Dopaminagonisten in hoher Dosierung, werden Impulskontrollstörungen verstanden, die für die soziale und berufliche Kompetenz des Patienten mit erheblichen Konsequenzen verbunden sein können. Die Identifizierung prädisponierender Faktoren hat in jüngerer Vergangenheit zum Verständnis dieser Impulskontrollstörungen beigetragen und erlaubt vor Beginn wie auch unter Therapie eine verbesserte Risikoeinschätzung.

Versorgung nicht-motorischer Symptome wichtig

Die größte Herausforderung für die Versorgungsstrukturen leitet sich aus der demografischen Entwicklung der Bevölkerung ab: Bis zum Jahr 2030 ist in Deutschland von einer Zunahme der Parkinsonpatienten (derzeit rund 250.000) um 50% auszugehen. Dabei spielen aus gesundheitsökonomischer Sicht die nicht-motorischen Symptome, insbesondere die neuropsychiatrischen Störungen, eine führende Rolle. Bereits heute sind die häufigsten Gründe für eine Einweisung ins Pflegeheim das Vorliegen einer Psychose oder eines demenziellen Syndroms. Oftmals führt im Falle einer Psychose dann noch der Kostenfaktor zur Verordnung klassischer Neuroleptika anstelle der atypischen Neuroleptika Clozapin oder Quetiapin – mit konsekutiver und oftmals drastischer Verschlechterung der motorischen Symptomatik. Zur Therapie der Parkinsonkrankheit mit Demenz ist zum aktuellen Zeitpunkt nur der Cholinesterasehemmer Rivastigmin zugelassen. Hohe Priorität haben daher große randomisierte, placebokontrollierte Studien zur Therapie neuropsychiatrischer Störungen im Rahmen der Parkinsonkrankheit. □

EPILEPSIE

Aktuelle Trends im Fokus

Wie kaum in einer anderen neurologischen Disziplin profitiert die Epileptologie vom Fortschritt der bildgebenden Techniken. Die strukturelle Magnetresonanztomografie mit einem Hochfeld von 3 Tesla ist heute nahezu Standard für eine adäquate Diagnostik. Sie verbessert die Möglichkeiten der präoperativen Epilepsiediagnostik wie auch andere neue bildgebende Verfahren, zum Beispiel die Traktografie.

Zwar werden ständig Arbeiten zur Genetik von Epilepsien publiziert – neue Publikationen konnten aber nun erstmals zeigen, dass genetische Marker für unerwünschte Reaktionen (Idiosynkrasien) auf Carbamazepin klinisch relevant sein könnten. Damit wächst die Hoffnung, pharmakogenetisch rationalere Therapiestrategien als bislang zu definieren. Wesentliche Neuerungen für die klinische Praxis gibt es sonst kaum. Am wichtigsten dürfte sein, dass mit Levetiracetam eine der bedeutsamsten neuen antikonvulsiv wirksamen Substanzen generisch geworden ist und sich somit eine bessere pharmako-ökonomische Perspektive für eine leitliniengerechte Behandlung ergibt.

Leitlinien in neuer Version

In diesem Jahr wurden die Leitlinien zur Behandlung nach dem ersten epileptischen Anfall in einer neuen Auflage veröffentlicht. Unverändert bleibt bei einer Vielzahl denkbarer Optionen für die Behandlung fokaler epileptischer Anfälle die führende Rolle von Lamotrigin und Levetiracetam aufgrund der günstigen Verträglichkeit.

Bei der Zusatztherapie von erwachsenen Patienten mit schwer behandel-

baren Epilepsien und fokalen epileptischen Anfällen wurde Retigabin als neues Antikonvulsivum eingeführt, das mit der Öffnung von Kaliumkanälen einen neuartigen Mechanismus aufweist. Ob diese Substanz eine wesentliche Verbesserung der Epilepsitherapie mit sich bringt, ist noch abzuwarten.

In absehbarer Zeit könnten die ersten AMPA(alpha-Amino-Hydroxy-Methyl-Isoxazol-Propionat)-Rezeptorantagonisten für die Epilepsitherapie zur Verfügung stehen. Auf diese Wirkstoffgruppe warten die Epileptologen schon lange; damit würde ein interessanter, bislang noch nicht adressierter pharmakologischer Mechanismus in die Therapie Einzug halten.

Verfahren der Tiefenhirnstimulation

Danach sind kaum noch neue Antikonvulsiva mit nennenswerter Relevanz zu erwarten, durch die veränderte Gesetzgebung erscheint eine Einführung solcher Substanzen auch deutlich weniger attraktiv. Umso wichtiger sind Therapiealternativen für schwer behandelbare Patienten. Über die Technik der Vagus-Nerv-Stimulation hinaus ist jetzt die Tiefenhirnstimulation des Nucleus anterior thalami als Behandlungsmethode in der Epileptologie zugelassen. Man bemüht sich innerhalb Deutschlands, so strukturiert wie möglich die Möglichkeiten und Grenzen dieser neuen Therapiemöglichkeit zu erfassen. So soll verhindert werden, dass eine möglicherweise vielversprechende neue Behandlungsoption durch unsachgemäße und nicht standardisierte Einzelanwendungen in Verruf gerät. Andere invasive Stimulationsver-



**Prof. Dr. med. Bernhard Steinhoff,
Kehl-Kork**

»In absehbarer Zeit könnten die ersten AMPA(alpha-Amino-Hydroxy-Methyl-Isoxazol-Propionat)-Rezeptorantagonisten für die Epilepsitherapie zur Verfügung stehen. Auf diese Wirkstoffgruppe warten die Epileptologen schon lange.«

fahren, zum Beispiel am Schläfenlappen oder auch im Sinne einer responsiven Neurostimulation werden momentan intensiv erwogen, diskutiert und in nächster Zeit sicherlich auch angewendet.

Hohe Standards gewährleisten

Die umfassende Diagnostik und Behandlung von Epilepsiepatienten setzt weiterhin voraus, dass entsprechend personell und apparativ ausgestattete Zentren den internationalen Standard garantieren. Dazu ist eine Anpassung der Finanzierung notwendig. Wichtig in diesem Zusammenhang ist beispielsweise, dass ein Langzeit-Video-EEG-Monitoring zukünftig auch dann entsprechend berechnet werden kann, wenn das Ergebnis dieser außerordentlich kostenintensiven Untersuchung die Diagnose nicht-epileptischer Anfälle ist.

Die veränderte Demografie bedingt mehr und mehr, dass Patienten mit schwer behandelbaren Epilepsien älter werden – aber auch, dass ältere Menschen häufiger an Epilepsien neu erkranken. Die Annahme, solche Epilepsien seien besonders leicht zu diagnostizieren und zu therapieren, ist falsch: Ein Großteil neu erkrankter älterer Patienten wird neurologisch nicht adäquat erfasst oder gar behandelt. Dies ist eine besondere Herausforderung für die gegenwärtige und zukünftige Versorgung. □



Interview mit Dr. Andreas Köhler

Honorargerechtigkeit im Fokus

Die leistungsgerechte Honorierung ambulanter neurologischer Leistungen ist ein berufspolitischer Dauerbrenner. Die Vorsitzenden von BDN und BVDN haben für das diesjährige Sonderheft die KBV gebeten, sich hierzu zu positionieren. In einem Interview nahm Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV zu kritischen Fragen der Berufsverbände Stellung.



»Die KBV möchte den morbiditätsbezogenen Versorgungsbedarf der Bevölkerung stärker als Ausgangsgröße für die Bedarfsplanung einbeziehen. Daher wird sie die Abstimmung mit den neuropsychiatrischen Berufsverbänden suchen, damit die sich gegenwärtig abzeichnenden Probleme behoben und eine zukunftsichere Bedarfsplanung für diesen Versorgungsbereich etabliert werden kann.«

Dr. med. Andreas Köhler
Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)
seit dem Jahr 2005

? Herr Dr. Köhler, das Vergütungssystem des stationären Versorgungssektors folgt bei der Finanzierung durch die DRG strikt dem Prinzip einer morbiditätsbezogenen Vergütung. Auch die Verteilung der Finanzmittel aus dem Topf des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen orientiert sich in großen Teilen an der Morbidität. Lediglich im vertragsärztlichen Bereich wird die Verteilung weitgehend nach einer historischen Zuweisungspraxis sowie nach dem Leistungsbedarf vorgenommen. Eine Orientierung an der Schwere der Krankheit und am Versorgungsaufwand ist nur marginal über Betreuungsziffern realisiert. Die „Grundvergütung“ erfolgt über Mittelwerte. Dies wird gerade in unserer Fachgruppe als ungerecht angesehen, da wir zu einem Großteil schwer betroffene Patienten behandeln und kaum über Kompensationsmöglichkeiten durch andere Leistungen verfügen. Auch innerhalb der Fachgruppe haben die Kollegen, die sich auf Schwerkranken spezialisieren und damit geringe Fallzahlen generieren, kaum eine betriebswirtschaftliche Chance. Wie steht die KBV

zu diesem Verteilungsmodus? Gibt es Bestrebungen von Seiten der Politik oder der KBV, diesem Umstand zu begegnen? Die „Regionalisierung“ der Honorarverteilung wird kaum geeignet sein, dieses Problem zu lösen.

Dr. Andreas Köhler: Seit dem Jahr 2009 wird die vertragsärztliche Vergütung budgetierter Leistungen unter der Berücksichtigung sich ändernder Morbiditätsstrukturen der gesetzlich Krankenversicherten weiterentwickelt. Damit ist eine wesentliche Forderung der Ärzteschaft erfüllt.

Nachdem die budgetierte Gesamtvergütung in den Vorjahren unmittelbar an die Grundlohnsummensteigerungsrate angebunden war (die Zuwächse in den Jahren 2004 bis 2008 lagen im Bundesdurchschnitt zwischen 0,17% und 0,97% pro Jahr) fallen allein die morbiditätsbedingten Veränderungsrate von 2009 bis 2011 im Direktvergleich mit der jeweiligen Grundlohnsummensteigerungsrate deutlich höher aus. So lag die Anpassung durch die morbiditätsbedingte

Veränderungsrate im Jahr 2009 bei 5,10%, im Jahr 2010 bei 1,66% sowie im Jahr 2011 bei 1,25%. Dem gegenüber waren die Grundlohnsummensteigerungsraten für die Jahre 2009 bis 2011 mit 1,14%, 1,54% und 1,15% deutlich niedriger. Insofern trägt die seit 2009 greifende Morbiditätsorientierung für den budgetierten Leistungsbereich erste Früchte.

Sie haben korrekt festgestellt, dass die Vertragsärzte anders als die Krankenhäuser nicht primär die Diagnosen vergütet bekommen. Dies ist auch gut so, weil die Vertragsärzte größtenteils über die von ihnen erbrachten Leistungen des EBM honoriert werden. Bei den betreuungsaufwendigen multimorbiden Patienten schlägt dabei auch ein höherer Leistungsbedarf zu Buche als bei den Durchschnittspatienten.

Das von Ihnen angesprochene Problem der „Grundvergütung über Mittelwerte“ liegt weniger in der Morbiditätsanbindung der Gesamtvergütung, sondern primär in der zu starken Pauschalierung des EBM und der vorjahresfallbezogenen Systematik der Regelleistungsvolumina. Aufgrund der gesetzlich vorgeschriebenen Pauschalierung des EBM (im Gegenzug zur Anbindung der Gesamtvergütung an die Morbidität) werden die Unterschiede zwischen aufwendiger und weniger aufwendiger zu versorgenden Patienten allein schon durch die Grundpauschalen zum Teil nivelliert. Deshalb hat die KBV nachhaltig auf die Wiederausgliederung der Gesprächsleistungen der Neurologen und Nervenärzte aus den Grundpauschalen gedrungen und diese wieder als Einzelleistung abrechnungsfähig gemacht. Dies nützt aber einer Einzelpraxis wenig, die auf Schwerkranken spezialisiert ist und damit auf nur

geringe Fallzahlen kommt. Diese Praxis droht im „statistischen Grundrauschen“ der großen Versorgerpraxen unterzugehen, wenn für die gesamte Arztgruppe ein einheitlicher RLV-Fallwert festgelegt wird, der sich an der Fallzahl aller Praxen und dem Vorjahreswert orientiert. Aus diesen Gründen steht die KBV der Fallzahl-orientierten RLV-Systematik von jeher kritisch gegenüber. Diese Systematik wurde vom Erweiterten Bewertungsausschuss gegen das Votum der KBV festgelegt. Auch wenn mit dem Beschluss

? *Großes Unverständnis rufen die Fallwertdifferenzen zwischen den Länder-KVen hervor. Es ist kaum vermittelbar, warum Neurologen und Nervenärzte teilweise bis zu 100 % Unterschiede bei der Vergütung für dieselben Leistungen bei gleicher betriebswirtschaftlicher Kalkulationsgrundlage verzeichnen. Es ist klar, dass sich die Länder mit überdurchschnittlichen Werten einer Nivellierung widersetzen. Was sagen Sie den Verliererländern? Wie motivieren Sie Politik und Kassen zu sachgerechter Konvergenz?*

»Sobald das GKV-Versorgungsstrukturgesetz in seiner abschließenden Fassung vorliegt, wird die KBV die Abstimmung mit den neuropsychiatrischen Berufsverbänden suchen.«

des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina zum 1. Juli 2010 das System nicht in Gänze verlassen werden konnte, gibt es seitdem immerhin die Möglichkeit, durch die Vorgabe von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen bei der Honorarverteilung besser auf unterschiedliche Leistungsschwerpunkte der Kollegen einer Arztgruppe einzugehen.

Die Chance, im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes mit der Regionalisierung der Honorarverteilung den Besonderheiten von Praxen besser gerecht zu werden, die auf komplexe Fälle spezialisiert sind und geringe Fallzahlen aufweisen, sehen wir nicht ganz so pessimistisch wie Sie: Entscheidend ist, dass das GKV-Versorgungsstrukturgesetz in der bei Redaktionsschluss vorliegenden Fassung des Kabinettsentwurfs vom 26. Juli 2011 vorsieht, dass die KVen ab dem Jahr 2012 die Honorarverteilung wieder eigenständig gestalten können. Statt wie bisher werden diese dann nicht mehr an einvernehmliche Regelungen zur Honorarverteilung bei den Krankenkassen gebunden sein, sondern können selber über den Modus der Honorarverteilung entscheiden – sie müssen die Krankenkassen auf Landesebene nur darüber informieren. Damit werden die Handlungsspielräume für maßgeschneiderte Lösungen der Honorarverteilung wieder größer.

Köhler: Mit der Umsetzung der Honorarreform nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz im Jahr 2009 wurden die Preise für vertragsärztliche Leistungen durch Einführung des Orientierungswertes weitgehend vereinheitlicht. Dagegen sah das Gesetz eine unveränderte Fortschreibung der historisch sehr unterschiedlichen Mengenentwicklungen in den KV-Regionen vor. Dies wirkte sich grundsätzlich zum Nachteil derjenigen KVen aus, die vor der Honorarreform 2009 eine restriktive Mengensteuerung betrieben haben, um einen möglichst hohen und stabilen Punktwert zu gewährleisten. Diese KVen erfuhren mit der Honorarreform 2009 eine Reduktion des bisher überdurchschnittlichen Punktwerts auf den Orientierungswert, sie blieben aber andererseits auf ihren niedrigeren Leistungsmengen „sitzen“.

Auch wenn die betroffenen KV-Bezirke im Rahmen der Honorarsteigerung für das Jahr 2011 neben dem linearen Zuwachs in Höhe von 1,25 % auch noch einen zusätzlichen asymmetrischen Zuwachs von bis zu 3,48 % erhielten, sieht das die Vertreterversammlung der KBV noch nicht als ausreichend an. Diese hat in ihrer Sitzung im Rahmen des diesjährigen Deutschen Ärztetages eine Anhebung der versichertenbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf Bundesdurchschnitt für alle diejenigen KVen gefordert, in denen dieser Wert unter dem Bundesdurchschnitt liegt.

Die KBV hat die Bundesregierung dazu aufgefordert, eine entsprechende Regelung in das GKV-Versorgungsstrukturgesetz aufzunehmen. Verliererländer würde es in dieser Konstellation nicht geben.

? *Ein weiteres Problem stellen die teilweise erheblichen RLV- und auch Fallwertdifferenzen zwischen Neurologen und Nervenärzten dar. Haben Neurologen in der Vergangenheit teilweise höhere Fallwerte realisiert, liegen sie heute für die oft gleiche Tätigkeit dramatisch niedriger. Dabei entstehen bei den Neurologen sehr hohe Betriebskosten. Wir könnten uns vorstellen, dass eine Abkehr von den Pauschalierungen und dafür eine Honorierung mit betriebswirtschaftlich gerechneten (und vergüteten!) Einzelleistungen größere Honorargerechtigkeit herstellt. Wie steht die KBV dazu?*

Köhler: Seit Umstellung des RLV-Beschlusses mit Einführung qualifikationsgebundener Zusatzvolumen zum 1. Juli 2010 ist ein Vergleich von RLV-Fallwerten unterschiedlicher Arztgruppen oder auch innerhalb der gleichen Fachgruppe in unterschiedlichen KVen nicht mehr beziehungsweise nur sehr eingeschränkt möglich, denn den verglichenen Regelleistungsvolumina sind in der Regel nicht mehr dieselben Leistungen zugeordnet und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen können von den KVen nach unterschiedlichen Berechnungsmodi ermittelt werden.

Bei der unterschiedlichen Honorarentwicklung von Neurologen und Nervenärzten ist festzustellen, dass diese durch die Beschlüsse des Bewertungsausschusses in den Jahren 2009 und 2010 bei zuvor unterdurchschnittlicher Honorarentwicklung der Nervenärzte bewusst aufgehoben wurden. Der Honorarzuwachs bei den Neurologen lag dagegen im Durchschnitt aller Facharztgruppen, wobei natürlich regionale Unterschiede bestehen. Betriebskostenintensive neurologische Praxen leiden jedoch mehr an dem Umstand, dass der auszahlungsrelevante Orientierungswert von 3,5048 Cent immer noch rund 31,5 % unter dem kalkulatorischen EBM-Punktwert in Höhe von 5,1129 Cent liegt. Leider sieht das GKV-Finanzierungsgesetz aus dem Jahr 2010 vor, dass der Orientierungswert aus

den Jahren 2011 und 2012 weiter auf den Wert von 3,5048 Cent fixiert bleibt. Die KBV wird aber alles daran setzen, die für Vertragsärzte (insbesondere mit betriebskostenintensiven Praxen) nachteilige Diskrepanz zwischen Orientierungs- und Auszahlungspunktwert schnellstmöglich aufzulösen, sobald dies gesetzlich wieder möglich ist. Bis dahin könnte die von Ihnen angesprochene Abkehr von der Pauschalierung und Wiederherstellung der Einzelleistungsvergütung im EBM sicherlich eine Verbesserung mit sich bringen. Leider wurden die Forderungen der KBV, mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Rückkehr zu Einzelleistungsvergütungen im EBM zu schaffen, bisher noch nicht aufgegriffen.

? *Im geplanten Versorgungsgesetz ist vorgesehen, den Gestaltungsspielraum für die Länder-KVen zu erhöhen. Wir sehen darin am ehesten einen „Euphemismus“ und weit geöffnete Türen für eine intransparente und pseudodemokratische Verteilung nach dem Gesetz des Stärkeren. Was ist vorgesehen, um „Honorar Wild West“ zu vermeiden?*

Köhler: Dass in der Regionalisierung der Honorarverteilung durchaus mehr Chancen als Risiken liegen, wurde in der Antwort zur ersten Frage bereits dargestellt. Eine intransparente und pseudodemokratische Verteilung nach dem Gesetz des Stärkeren soll insbesondere dadurch verhindert werden, dass mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz KV-übergreifende Vergleiche wesentlicher Kenngrößen in der Honorarentwicklung vorgesehen sind. Diese Vergleiche sollen in regelmäßigen Abständen durchgeführt und publik gemacht werden. Damit ist es möglich, regional sehr unterschiedliche Honorarentwicklungen transparent darzustellen und diese zu hinterfragen.

? *Sehr speziell in unseren Fachgebieten ist das Problem der sieben (!) Untergruppen: Neurologen, Nervenärzte und Psychiater sowie Doppelfachärzte für Neurologie/Psychiatrie mit einem und zwei Facharztstiteln, Fachärzte für Neurologie/Nervenheilkunde und für Psychiatrie/Nervenheilkunde. Daraus ergeben sich Probleme in der Honorarverteilung. Die Zu-*

teilung in eine der Untergruppen ist oft zufällig, noch dazu von KV zu KV unterschiedlich. Die reale Vergütung orientiert sich bei oft identischer Leistung nicht am Versorgungsaufwand.

Ein weiteres Problem ergibt sich in der Bedarfsplanung. Freie Nervenarztsitze werden zunehmend durch reine Neurologen oder Psychiater ersetzt. Das führt in vielen Regionen zu Versorgungsengpässen. Dieses Problem wird sich in den nächsten Jahren dramatisch verstärken. Welche Bestrebungen gibt es, hier eine Lösung herbeizuführen, ohne dass die Fachgruppe zusätzliche Ärzte aus dem eigenen Topf finanziert?

Köhler: Mit der Regionalisierung der Honorarverteilung und mit dem Wegfallen der Bedingung, dass sich die KVen bei der Honorarverteilung in allen Bereichen mit den Kassen einigen müssen, können auch die Besonderheiten der sieben Fachuntergruppen besser berücksichtigt werden.

Die Problematik der Bedarfsplanung wird im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes aufgegriffen. Hier möchte die KBV den morbiditätsbezogenen Versorgungsbedarf der Bevölkerung stärker als Ausgangsgröße für die Bedarfsplanung einbeziehen. Damit können „Verdrängungseffekte“, die sich durch zwischenzeitliche Änderungen der (Muster-) Weiterbildungsordnung für verschiedene Fachgebiete ergeben haben, beseitigt werden. Sobald dieses Gesetz in seiner abschließenden Fassung vorliegt, wird die KBV die Abstimmung mit den neuropsychiatrischen Berufsverbänden suchen, damit die sich gegenwärtig abzeichnenden Probleme behoben und eine zukunftssichere Bedarfsplanung für diesen Versorgungsbereich etabliert werden kann. □

Das Interview führten Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich, und Dr. med. Frank Bergmann, Aachen.

Privatliquidation

Fortschritte bei der GOÄ?

Ein stets aktuelles Thema in der Berufspolitik ist die privatärztliche Honorierung. Neben der Verbesserung einzelner Abrechnungsziffern steht nun auch die anstehende Neufassung der GOÄ im Blickpunkt. Die Vertreter der Neurologen setzen auch hier wichtige Impulse.

Der historische Ausspruch „Und sie bewegt sich doch!“ könnte auch auf die GOÄ – zutreffen. Zunächst haben sich kleine Fortschritte in der jetzt gültigen Fassung ergeben:

Sonografie

BDN und DGN haben der BÄK vorgeschlagen, für die sonografische Untersuchung des Gehirn-Parenchyms als analoge Abrechnung die Ziffer 649 bekanntzugeben. Dabei wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dies dem eigentlichen Wert der Untersuchung nicht entspricht. Eine Analogziffer aus dem Bereich der sonografischen Untersuchungen der GOÄ scheint sinnvoller als aus anderen Bereichen und ein Komplex aus mehreren GOÄ-Ziffern wird bei der privaten Krankenversicherung (PKV) eher zu Diskussionen führen. Der entsprechende Antrag ist am 23. März 2011 bei der BÄK

eingegangen, eine Antwort stand bei Redaktionsschluss noch aus. Das hindert aber nicht daran, zukünftig diese Analogziffer in das von mir verfasste GOÄ-Verzeichnis für Neurologen aufzunehmen und ab sofort danach abzurechnen. Der Wortlaut richtet sich schon nach der Ziffer in der zukünftig aktualisierten GOÄ und sollte deshalb auch so verwendet werden:

— **A649 Sonografische Untersuchung des Gehirn-Parenchyms oder Rückenmarks 37,89 €** (1-facher Satz; kann als ärztliche Leistung bis 2,3-fach ohne Begründung erhoben werden)

Hirnstimulation

Für die Abrechnung der tiefen Hirnstimulation hatte die BÄK im Deutschen Ärzteblatt einen Artikel als GOÄ-Ratgeber publiziert, der mit unseren Verbänden nicht abgesprochen war. Auch hier

haben wir der BÄK einen modifizierten Vorschlag am 23. März 2011 zugeschickt, ohne bisher eine Antwort erhalten zu haben. Somit sind wir weiterhin frei in der Generierung von Analogziffern für diese Leistungen und bitten zukünftig folgendermaßen vorzugehen:

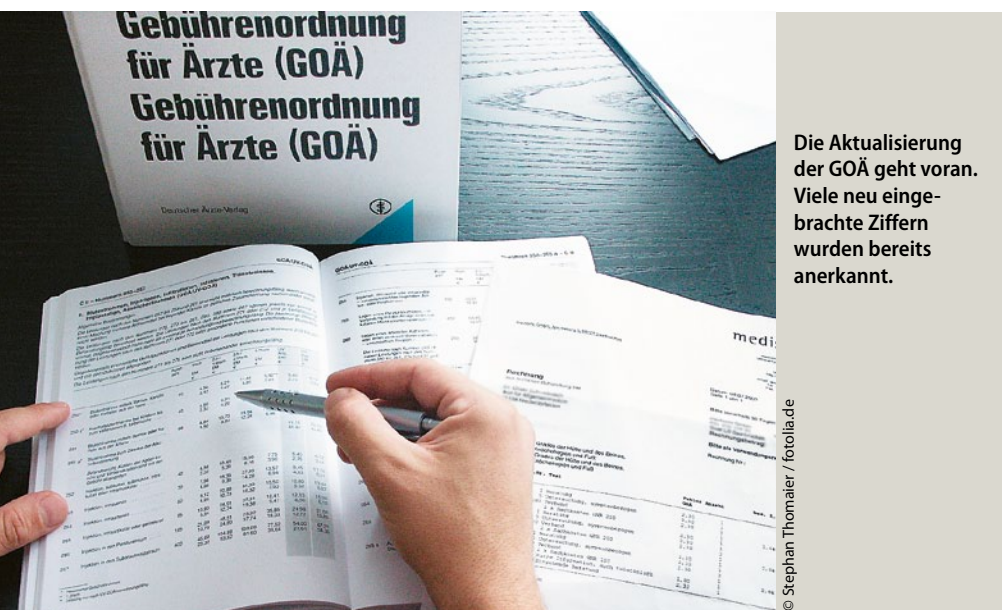
- **A828 Elektrodenpositionierung und Ableitung der Elektrodenimpulse, je Elektrode 35,26 €** (1-facher Satz; kann als ärztliche Leistung bis 2,3-fach ohne Begründung erhoben werden)
- **A839 Elektrodenstimulation, je Elektrode oder Stimulatoreinstellungsprüfung und Überprüfen der Batterieleistung 40,80 €** (1-fach, bis 2,3-fach zu steigern)
- **A857 Standardisierte klinische Untersuchungen während der Stimulatoreinstellung und/oder -prüfung 6,76 €** (1-fach, als technische Leistung nur bis 1,8-fach zu steigern)

Stroke Unit

Für die Stroke Unit gibt es noch keine sichere Lösung: Die BÄK sieht Probleme darin, als Basis einen Satz wie bei der Intensivbehandlung (analog Ziffer 435 GOÄ) anzuerkennen, sie möchte die Dialyse/Plasmapherese (analog Ziffer 792 GOÄ) zugrunde legen. Sie bezieht sich bei den notwendigen neurologischen Zusatzuntersuchungen auch auf den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), ist aber zur Diskussion bereit. Bisher stehen seitens der BÄK die Ziffern 792, 800 und zweimal 830 pro 24 Stunden zur Diskussion. Wir ringen weiter um Anerkennung der erforderlichen Leistungen.

Verband nach Lumbalpunktion

Im Deutschen Ärzteblatt (Heft 10, 11.3.2011) ist zur Ziffer 200 Stellung be-



Die Aktualisierung der GOÄ geht voran. Viele neu eingebrachte Ziffern wurden bereits anerkannt.

© Stephan Thomater / fotolia.de

zogen worden. Nach der Lumbalpunktion könnte die Punktionsstelle nicht nur mit einem Pflaster verschlossen, sondern mindestens ein steriler Tupfer unter zwei gekreuzt gespannte Pflasterstreifen gelegt werden – das kann als lokaler Druckverband wirken. Die Abrechnung der Ziffer 200 ist dann in diesem Fall keinesfalls mehr strittig! Soweit der „Kleinkram“, der tatsächlich mühsam ist. Damit sind nicht nur unsere Verhandlungen mit der BÄK gemeint, sondern auch die der BÄK mit der PKV.

Fortschritte bei der GOÄ-Aktualisierung

Die Aktualisierung der GOÄ schreitet voran, wobei „schreiten“ schon einen zu schnellen Eindruck vermittelt. Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ist als Entwurf fertig – und die Zahnärzte sind enttäuscht. Die Kostenentwicklung der letzten 20 Jahre ist nach ihrer Ansicht nicht berücksichtigt worden. So wird es wohl auch bei der GOÄ sein.

Erste Eindrücke und eine kurze Information der BÄK haben gezeigt, dass die meisten unserer neu eingebrachten Ziffern anerkannt wurden. Damit werden die Erstattungen durch die PKV zukünftig deutlich höher ausfallen – selbst dann, wenn sich sonst keine deutliche Kostensteigerung ergeben sollte.

Ein kompliziert berechneter GOÄ-Entwurf ist schon weit fortgeschritten. Er basiert auf einer genauen Analyse der Inhalte von einzelnen GOÄ-Leistungen, Arzt- und Personalzeiten, Personalqualifikation, Gerätekosten, Raumbedarf sowie Vergleichen mit anderen Datenquellen wie EBM, OPS etc. Ich habe damals, vor mehr als 20 Jahren, die Sonografie der Hirngefäße (Duplex gab es noch nicht) mit dem Geschäftsführer der BÄK noch im Zweiergespräch ausgehandelt. Es zeigt sich jetzt, dass diese Leistung im Vergleich zu anderen GOÄ-Leistungen möglicherweise zu gut ausgehandelt wurde. Natürlich ringen wir auch hier um eine faire Lösung.

Erste Feldversuche

Im Gegensatz zu den Zahnärzten können sich die Neurologen nicht darüber beklagen, dass der wissenschaftliche Stand ihres Faches nicht berücksichtigt wurde. Gern gebe ich zu, dass alle angesprochenen spezialisierten Kollegen

hierzu beigetragen haben. Die Delegierten allein können das meines Erachtens heute nicht mehr in einer der BÄK vorliegenden Qualität leisten. Insgesamt sollen zukünftig etwa 4.000 Leistungen in der GOÄ abgebildet werden. Zum Teil wurden bereits „Feldversuche“ durch parallele Abrechnungen (alte versus neue GOÄ) durch die BÄK durchgeführt.

Noch ist der Entwurf nicht fertig und damit nicht veröffentlicht, auch wenn die Delegierten Einblicke und Informationen von der BÄK erhalten haben. Das Bundesgesundheitsministerium hat erklärt, die Regierung wolle noch in dieser Legislaturperiode die Novellierung angehen (Deutsches Ärzteblatt vom 18.11.2010). Bei der GOZ hat sich das Bundesgesundheitsministerium gegen die Einführung einer Öffnungsklausel (mit der Möglichkeit von der GOZ abweichende Vergütungsregeln festzusetzen) entschieden. Dies wird bei der GOÄ auch so sein, teilte die BÄK mit. Dies ist ein guter Entschluss, denn sonst würde die GOÄ nur noch orientierend angewendet werden und die PKV könnte eigene Vorstellungen umsetzen.

Informationen nutzen

Bis zur novellierten GOÄ möchte ich die Mitglieder des BDN auf das von mir zusammengestellte Heft „GOÄ, Auszüge und Anregungen“ hinweisen, das über den Berufsverband als Mitglied kostenlos zu beziehen ist. Auch die Homepage der DGN im internen Bereich enthält den Inhalt dieses Heftes.

Mein Ziel ist es, die Novellierung der GOÄ – soweit es die Neurologie betrifft – bis hin zur endgültigen Fassung als Postsendung von der BÄK an das Bundesgesundheitsministerium zu begleiten. Für Anfragen und Ratschläge stehe ich auch weiterhin zur Verfügung. In Zukunft wird PD Dr. Elmar Busch den BDN im Bereich der GOÄ vertreten und bei der DGN hat PD Dr. Holger Grehl diese Aufgabe schon seit einigen Jahren übernommen. Es gibt also einen fließenden und harmonischen Übergang. Ich möchte mich bei allen Kollegen für ihre engagierte Mitarbeit herzlich bedanken. □

AUTOR

Prof. Dr. med. Rolf Hagenah, Rotenburg

Termine auf dem BDN-Kongress!

BDN-Forum 2011

Das neue Versorgungsgesetz und die ambulante spezialärztliche Versorgung – Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft in der Neurologie

Termin: Donnerstag, 29. September 2011, 08.00 bis 09.30 Uhr

Ort: Rhein-Main-Halle, Rheinstr. 20, 65185 Wiesbaden, Halle 1 (Saal 6/1)

Vorsitz: Dr. U. Meier, Grevenbroich; Prof. Dr. H. C. Diener, Essen

Referenten: Prof. Dr. H. Wiendl, Münster; RA Dr. I. Pflugmacher, Bonn; U. Meier, Grevenbroich; Dr. F. Bergmann, Aachen

Das so genannte Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung hat nach Willen der Regierung „die Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung“ zum Ziel. Es sollen unter anderem durch „die Verzahnung der Leistungssektoren erneut Weichenstellungen in Versorgungsstrukturen“ erfolgen. Hierzu wird eine sektorenverbindende Versorgung mit stufenweiser Einführung eines spezialärztlichen Versorgungsbereiches eröffnet, in dem „sowohl Krankenhäuser als auch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte unter gleichen Voraussetzungen und Bedingungen wettbewerblich die ambulante medizinische Versorgung gestalten können“.

Die Inhalte des Versorgungsgesetzes werden im BDN-Forum 2011 vorgestellt und die möglichen Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft in der Neurologie mit den Referenten diskutiert.

BDN-Mitgliederversammlung 2011

Termin: Freitag, 30. August 2011, 21.00 Uhr (unmittelbar im Anschluss an die DGN-Mitgliederversammlung im gleichen Raum)

Zusammenarbeit zwischen Praxis und Klinik

Konsil, Teilzeitanstellung und Kooperationsvertrag

Das neue Versorgungsstrukturgesetz bietet ein hohes Konfliktpotenzial. Nicht zuletzt die geplanten Regelungen zur spezialärztlichen Versorgung und der Kooperationszwang sorgen für Aufregung. Ein Blick auf bestehende und zukünftige Kooperationsmöglichkeiten zwischen dem ambulanten und stationären Sektor lohnt sich.



Im Vorfeld neuer Kooperationsmöglichkeiten lohnt es sich bereits bestehende zu nutzen.

Zwang zur Kooperation nicht neu

Eine gesetzliche Verpflichtung zur Kooperation mag zunächst überraschen, sie ist aber wohl eine Reaktion der Bundesregierung auf die Tatsache, dass jede Aufhebung von Sektorgrenzen zu neuem Wettbewerb führt und sich Wettbewerber grundsätzlich antagonistisch (und eben nicht kooperativ) verhalten. In einem regulierten Markt wie dem Gesundheitssystem sind Kooperationspflichten deshalb per se nicht abwegig. Sie sind auch nicht neu: Das Belegarztwesen ist ein gesetzlich angeordneter Zwang zur Kooperation, da Krankenhaus und niedergelassener Arzt nur dann belegärztlich Patienten versorgen können, wenn sie zusammenarbeiten.

Vieles im Bereich der ambulanten-stationären Kooperation ist im Kern „alter Wein in neuen Schläuchen“. Es lohnt sich deshalb, zunächst die bestehenden Kooperationsmöglichkeiten zu betrachten und davon Gebrauch zu machen. Dies erleichtert dann auch den Umgang mit den neuen Kooperationsmöglichkeiten der nächsten Gesundheitsreform.

Im Jahr 1988 wählte die Gesellschaft für deutsche Sprache das Wort „Gesundheitsreform“ zum „Wort des Jahres“. Bereits 1996 war es dann einer der Kandidaten für das „Unwort des Jahres“. Dies wurde damals mit der „missbräuchlichen Verwendung des positiv besetzten Begriffes Reform“ begründet. Nach der Wikipedia-Enzyklopädie bedeutet Reform eine größere, planvolle und gewaltlose Umgestaltung bestehender Verhältnisse und Systeme. Seit 2004 ist jede Gesundheitsreform durch das Ziel mitbe-

stimmt, die Sektorengrenzen zu überwinden und die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern zu stärken. Die Umsetzung einer Reform gemäß der beschriebenen Definition lässt sich hier bislang allerdings nicht feststellen. Vielleicht auch deshalb werden die Kooperationsmöglichkeiten durch die nächste Gesundheitsreform, das Versorgungsstrukturgesetz, nochmals erweitert – und im Zusammenhang mit der spezialärztlichen Versorgung sogar „Kooperationszwänge“ vorgeschlagen.

Das neurologische Konsil

Unter dem „klassischen Konsil“ versteht man die beratende oder mitbehandelnde Tätigkeit niedergelassener Vertragsärzte im Auftrag eines Krankenhauses bei der Versorgung stationärer Patienten. In der Regel werden konsiliarisch tätige Ärzte solcher Fachgebiete hinzugezogen, die am Krankenhaus nicht vertreten sind. Der niedergelassene Arzt erhält für die von ihm erbrachten Konsile aufgrund eines Konsiliararztvertrages vom Krankenhaus die vereinbarte Vergütung, wäh-

rend das Krankenhaus die erbrachten Behandlungsleistungen gegenüber den Krankenkassen nach dem DRG-Fallpauschalenkatalog abrechnet.

Der konsiliarisch tätige Neurologe ist dem Krankenhausträger oder den Chefarzten nicht weisungsgebunden, er ist auch typischerweise organisatorisch nur in sehr geringem Umfang in die Arbeitsabläufe des Krankenhauses eingebunden. Das Kriterium der Einbindung in die Arbeitsabläufe spielt bei der Abgrenzung zwischen freiberuflicher, konsiliarischer Tätigkeit und einer abhängigen Beschäftigung eine wesentliche Rolle. Die fehlende Einbindung des Konsiliararztes zeigt sich unter anderem darin, dass er regelmäßig selbst bestimmen kann, wann er den Patienten (im Rahmen des medizinisch Erforderlichen) untersucht und dass er nicht in Dienst- oder Urlaubspläne des Krankenhauses einbezogen wird; er trägt letztlich das unternehmerische Risiko seiner Tätigkeit allein.

Das „traditionelle Konsil“ ist krankenhausrrechtlich eindeutig zulässig. Der niedergelassene Vertragsarzt muss berücksichtigen, dass die Konsiltätigkeit vertragsrechtlich als „Nebentätigkeit“ gewertet werden kann und sie nach der derzeitigen Rechtsprechung nur in einem Umfang von 13 Wochenstunden zulässig ist – wenn er über eine Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag verfügt. Arbeitet der Vertragsarzt auf der Grundlage einer „halben Zulassung“, so ist die Nebentätigkeit im Umfang von 26 Wochenstunden zulässig. Das Versorgungsgesetz wird bei diesen zeitlichen Grenzen voraussichtlich eine weitere Liberalisierung schaffen. Die Auswirkungen sind derzeit aber noch nicht absehbar, da die Formulierungen im bisherigen Gesetzesentwurf Anlass zu neuem Streit geben werden: Eine Nebentätigkeit soll nämlich dann nicht mehr zulässig sein, wenn der Vertragsarzt hierdurch nicht mehr in der Lage ist, „Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten“.

Konsil nur außerhalb der Sprechstundenzeit?

Die geplante Änderung des § 20 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) könnte – entgegen dem eindeutigen Liberalisierungswillen des Gesetzgebers – für die folgende Argumen-

tation missbraucht werden: Die üblichen Sprechstundenzeiten in der vertragsärztlichen Versorgung liegen zum Beispiel zwischen 8.00 und 18.00 Uhr. Eine Nebentätigkeit käme nach der neuen Regelung dann nur außerhalb dieser Zeiten in Betracht. Die Untersuchung stationärer Patienten zur Abend- oder Nachtzeit ist aber nicht praktikabel, sie stünde im klaren Widerspruch zu den Arbeitsabläufen innerhalb eines Krankenhauses.

Es bleibt zu hoffen, dass der Wille des Gesetzgebers nicht an missverständlichen Gesetzesformulierungen scheitert. Bisher ist in der anwaltlichen Praxis nicht festzustellen, dass die KVen oder die Zulassungsgremien gegen klassische Konsiltätigkeiten Einwände erheben.

Vergütung nach GOÄ

Die konsiliarische Vergütung wird üblicherweise auf der Grundlage der GOÄ kalkuliert. Vertragsärzte und Kliniken können entweder auf dieser Kalkulationsgrundlage Untersuchungspauschalen oder eine Einzelleistungsvergütung vereinbaren. Auch „Mischmodelle“ kommen in Betracht, bei denen die regelmäßig notwendige Erhebung des neurologischen Status neben den typischen Begleituntersuchungen pauschal honoriert wird – erforderliche weitere Untersuchungen rechnet der Konsiliararzt aber als Einzelleistungen zusätzlich ab.

Da eine Novellierung der GOÄ absehbar ist, sollte man vertraglich regeln, ob die GOÄ von 1996 auch zukünftig Anwendung findet oder ob die dann jeweils aktuell geltende GOÄ zugrunde gelegt werden soll. Es ist bereits jetzt absehbar, dass bei bestehenden Verträgen mit Inkrafttreten einer novellierten GOÄ Diskussionsbedarf und eventuell Streit entstehen wird. Dies lässt sich vermeiden, wenn Krankenhaus und Konsiliararzt bereits jetzt diesen Aspekt besprechen und verhandeln. Zwar wissen derzeit beide Parteien nicht, welche Regelung sich zukünftig als wirtschaftlich günstiger erweist; gerade diese beidseitige Unsicherheit kann aber auch verhandlungsfördernd wirken. Unerlässlich sind schließlich in solchen Konsilverträgen Konkurrenzschutzklauseln beziehungsweise Wettbewerbsverbote. Das Krankenhaus sollte sich verpflichten, bei Leistungsbereitschaft und -fähigkeit des Konsiliararztes nur

diesen und nicht einen anderen hinzuzuziehen. Der Arzt kann sich verpflichten, für ein im selben Einzugsbereich gelegenes anderes Krankenhaus nicht konsiliarisch tätig zu werden. Diese klassischen Konsiltätigkeiten sind insgesamt rechtlich unproblematisch, sie dienen beiden Parteien und können bei ausgewogener Vertragsgestaltung Grundlage einer langjährigen Kooperation sein.

Teilzeitanstellung im Krankenhaus

Verfügt das Krankenhaus selbst über eine neurologische Abteilung, so ist die Ausgangslage im Vergleich zum klassischen Konsil meist eine andere: Es benötigt nicht die fehlende neurologische Kompetenz – vielmehr spielt nun die Tatsache eine Rolle, dass der niedergelassene Neurologe Patienten zur neurologisch-stationären Behandlung einweist. Bei anderen ärztlichen Fachgruppen, insbesondere den operativen Fächern, ist in den letzten Jahren festzustellen, dass die Stellung des niedergelassenen Arztes als potenzieller „Einweiser“ auch als wirtschaftlicher Aspekt betrachtet wird. Ob nun Krankenhäuser Einweiser „kaufen“ wollen oder ob niedergelassene Ärzte ihre Macht als Einweiser „verkaufen“ möchten: Beide Seiten müssen bei dieser Interessenlage ausgesprochen reflektiert und vorsichtig agieren.

Zuweisung im Fokus

Das schon immer bestehende Verbot der Zuweisung gegen Entgelt wird mit dem Versorgungsstrukturgesetz in den vertragsärztlichen Bereich transformiert. Der neue § 73 Abs. 7 SGB V legt voraussichtlich fest, dass es Vertragsärzten nicht gestattet ist, für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen. Verstöße gegen das Vertragsarztrecht können bekanntlich Sanktionen bis hin zum Zulassungsentzug nach sich ziehen. Für die Krankenhäuser ist zu beachten, dass sich das unlautere, wettbewerbswidrige Gewähren von Vorteilen als Straftat nach § 299 StGB darstellen könnte. Entsprechende staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren finden bereits statt – die abschließende strafrechtliche Bewertung ist aber offen und ist auch stets von den Details des Einzelfalls abhängig.

Einbindung in Klinikablauf

Am ehesten lassen sich solche Kooperationen vertreten, wenn der niedergelassene Arzt alle neurologischen Patienten des Krankenhauses und nicht nur die von ihm eingewiesenen mitbehandelt. Dies macht notwendigerweise eine organisatorische Eingliederung in die Behandlungsabläufe des Krankenhauses erforderlich. Wenn der niedergelassene Arzt wie der hauptberuflich beim Krankenhaus angestellte Arzt für alle neurologischen Patienten zur Verfügung steht, so muss er nicht nur in Dienst- und Urlaubspläne integriert werden, sondern ist auch in gewisser Weise dem Chefarzt und der Krankenhausleitung gegenüber weisungsgebunden. Damit wird er arbeits- und sozialversicherungsrechtlich zum Angestellten und diese Stellung sollte auch vertraglich vereinbart werden.

»Der niedergelassene Neurologe könnte im Rahmen des § 116 b SGB V in Teilzeit für ein Krankenhaus tätig sein und die Patienten in seiner Praxis betreuen; zumindest ist das rechtlich nicht mehr ausgeschlossen.«

Die sozialversicherungs-, steuer und grundsätzlich auch strafrechtlichen Risiken einer „Scheinselbständigkeit“ sind erheblich. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat ihre Mitglieder in einem Arbeitspapier vom 26. Mai 2011 („Selbstständigkeit versus Arbeitnehmerstellung bei Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Ärzten“) über die rechtlichen Implikationen umfassend informiert.

Auch in der Praxis ist festzustellen, dass immer mehr Krankenhäuser von dem Modell eines Honorararztes auf die Teilzeitanstellung umstellen. Wirtschaftlich kann – mit Ausnahme der Arbeitslosenversicherung – durch beide Gestaltungsvarianten das Gleiche erreicht werden. Die häufig festzustellende psychologische Hürde, dass ein niedergelassener Arzt nicht Angestellter eines Krankenhauses sein möchte, darf wegen der Rechtslage nicht letztlich ausschlaggebend sein.

Wenn ein niedergelassener Neurologe in Teilzeit als Angestellter für ein Krankenhaus mit neurologischer Abteilung tätig wird, so muss die hierfür gezahlte Vergütung angemessen sein, um auch nur den Anschein einer Beeinflussung des

Einweisungsverhaltens zu vermeiden. Über das, was „angemessen“ ist, lässt sich bekanntlich streiten. Es existieren hierzu keine allgemein verbindlichen Vorgaben. Selbstverständlich könnte man sich an den Tarifgehältern orientieren, dies wird aber meist nicht zum Abschluss eines Arbeitsvertrages führen.

Da bei richtigem beidseitigem Verständnis das mögliche Einweisungsverhalten des Niedergelassenen keine Rolle spielen darf, wird ein Krankenhaus die Teilzeitanstellung eines oder mehrerer niedergelassener Ärzte nur dann wünschen, wenn es am Arbeitsmarkt keinen anderen Neurologen, zum Beispiel in Vollzeitbeschäftigung, gewinnen kann. Bei knappem Angebot steigt der Preis. Damit sind sicher übertarifliche Vergütungen in einem gewissen Rahmen notwendig und begründbar. Der Niederge-

lassene wiederum wird überlegen, welchen Gewinn er erzielen würde, wenn er anstatt der Teilzeitanstellung in seiner Praxis tätig wäre. Diese Überlegung ist zwar richtig, der Niedergelassene kann aber nicht eine Vergütung allein auf der Grundlage der GOÄ oder eines sich nach GOÄ ergebenden Stundensatzes verlangen – in einer neurologischen Praxis könnte er die Anzahl von privat Versicherten auch nicht beliebig vermehren.

Führen Krankenhaus und Arzt die Verhandlungen ohne den Gedanken einer „Zuweisungprämie“, so werden sie sich über den Wert der Arbeitskraft und damit über das angemessene Gehalt einigen.

Angestellte Fachärzte versus MVZ

Das Modell der Teilzeitanstellung kann bis zur Leitung einer neurologischen Abteilung durch Niedergelassene im Kollegialsystem entwickelt werden: Zwei oder drei Gesellschafter einer neurologischen Gemeinschaftspraxis könnten in Teilzeittätigkeit kooperativ die Chefarztfunktion einer neurologischen Abteilung übernehmen. Wenn die Praxis dann noch in Räumen auf dem Krankenhausgelände be-

trieben wird, so ist die „Versorgung aus einer Hand unter einem Dach“ realisiert. Gleiches gilt, wenn ein Krankenhaus ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) betreibt und die Neurologen sowohl stationär als auch ambulant arbeiten. Rechtlich besteht „Chancengleichheit“. Entscheidend für die Umsetzung ist weniger die Frage, ob das Krankenhaus über mehr Geldmittel verfügt und deswegen Zulassungen für ein MVZ erwerben kann – sondern vielmehr, wer die ärztliche Kompetenz, das heißt den Facharzt, stellen kann. Nicht der heute Finanzstärkere wird sich mittel- und langfristig durchsetzen, sondern derjenige, der attraktive und entwicklungsfähige Arbeitsplatzmodelle bietet. Dies kann sowohl die Praxis mit teilzeitiger Tätigkeit im Krankenhaus als auch das Krankenhaus-MVZ mit Tätigkeit in beiden Sektoren sein. Den Wettbewerb um bessere Beschäftigungs- und Versorgungsmodelle wird man nicht als unfair bezeichnen können.

Kooperation nach § 116b SGB V

Die derzeitige Fassung des § 116b SGB V erlaubt es Krankenhäusern, bestimmte Erkrankungen ambulant zu behandeln oder bestimmte hoch spezialisierte Leistungen ambulant zu erbringen. Diese Regelung ist vom Gesetzgeber bewusst als beschränkte Erweiterung des Wettbewerbs ausgestaltet worden. Sie bietet dieselben Kooperationsmöglichkeiten wie bei der stationären Krankenhausbehandlung: Ein Vertragsarzt kann sowohl als freiberuflich tätiger Kooperationspartner (ähnlich wie beim klassischen Konsil) als auch als Teilzeitangestellter des Krankenhauses an der ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V mitwirken. Obwohl sich solche Kooperationen bereits entwickelt und etabliert haben, führte das in dieser Regelung liegende Konfliktpotenzial zu öffentlichem Streit: Insbesondere Onkologen klagten gegen die den Krankenhäusern erteilten Genehmigungen und begründeten dies mit einer drohenden Existenzgefährdung für Niedergelassene. Rechtlich beruhen diese Klagen darauf, dass bislang die Landesbehörden bei der Genehmigung der ambulanten Leistungserbringung durch ein Krankenhaus die vertragsärztliche Versorgungssituation berücksichtigen müssen.

Berücksichtigungsgebot soll entfallen

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz wird nun eine vollständige Neufassung des § 116b SGB V von der Bundesregierung vorgeschlagen, die dieses Berücksichtigungsgebot nicht mehr enthält. Vielmehr soll zukünftig der Grundsatz „Wer kann, der darf“ gelten. Vertragsärzte und Krankenhäuser werden gleich behandelt. Beide können ihre Leistungsbereitschaft unter Darlegung der erforderlichen Qualifikationsvoraussetzungen anzeigen. Widerspricht die Landesbehörde dieser Anzeige nicht innerhalb von zwei Monaten, so dürfen die Leistungen erbracht werden. Die neuen Regelungen sehen auch nicht mehr den Erlass von Genehmigungsbescheiden vor. Es ist also derzeit völlig offen, ob zukünftig so genannte Konkurrentenklagen überhaupt noch zulässig sind. Ebenfalls unklar ist, ob nicht ein Krankenhaus gegen die Leistungserbringung durch eine Praxis klagen könnte. Damit könnten sich zukünftig die Vorzeichen ändern, denn bisher klagten nur Niedergelassene gegen Krankenhäuser. Das Konfliktpotenzial nimmt zu, letztlich dürften solche Streitigkeiten niemandem, schon gar nicht dem Patienten, nutzen.

Ambulantes Operieren im Rückblick

In dieser Phase sollte man sich daran erinnern, dass im deutschen Gesundheitswesen nahezu jedes Problem schon einmal bestand: 1993 wurde den Krankenhäusern das ambulante Operieren erlaubt. Selbstverständlich war dies eine erhebliche Konkurrenz für die niedergelassenen Operateure. Von „massenhaften Insolvenzen“ jener in den Folgejahren wurde jedoch nichts bekannt, für die meisten Krankenhäuser sind ambulante Operationen weiterhin wirtschaftlich nicht besonders interessant. Vielmehr hat sich in der Praxis in weiten Teilen eine mit dem Belegarztwesen vergleichbare Kooperation etabliert. So stellen Krankenhäuser häufig den Operateur, ein niedergelassener, in Teilzeit angestellter Anästhesist übernimmt die Narkose. Auch Operationssäle und Pflegepersonal überlassen die Kliniken dem Niedergelassenen zur eigenverantwortlichen Durchführung der Operation. Aus dem Verdrängungswettbewerb hat sich vielerorts ein Miteinander entwickelt.

Zwang zur Kooperation

Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass das Bundesgesundheitsministerium im Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes einen „Kooperationszwang“ verordnet: An der Versorgung onkologischer Patienten soll zukünftig nur derjenige teilnehmen können, der mit einem Partner „aus dem anderen Sektor“ kooperiert. Für andere als onkologische Erkrankungen kann der Gemeinsame Bundesausschuss diese Pflicht zur Kooperation vorschreiben, wenn der Patient nach einer stationären Behandlung ambulant „spezialärztlich“ betreut werden muss. Für die Behandlung von Patienten mit Multipler Sklerose (MS) – eine ebenfalls im Katalog des § 116b SGB V genannte Erkrankung – dürfte diese Ausgangslage gegeben sein. Wird ein Patient zum Beispiel stationär auf eine Therapie eingestellt, so muss er im weiteren Verlauf ambulant weiterversorgt werden. Es ist also nicht ausgeschlossen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss zukünftig auch für die Behandlung der MS-Patienten die Pflicht zur ambulant-stationären Kooperation vorschreibt.

Niedergelassene Neurologen und neurologische Kliniken könnten nun abwarten, „zwangsverheiratet“ zu werden. Wer diese Zwangsheirat allerdings wenig überzeugend empfindet, sollte sich (ohne gesetzlichen Druck) die Frage stellen, wie man zum beiderseitigen Nutzen kooperieren kann.

Neue Optionen möglich

Da es sich mit der Neufassung des § 116b SGB V – anders als bisher – voraussichtlich nicht um eine Behandlung „im Krankenhaus“ handeln wird, sind auch neue Varianten der Zusammenarbeit denkbar. Der niedergelassene Neurologe könnte in Teilzeit für ein Krankenhaus tätig sein und die Patienten in seiner Praxis betreuen; zumindest ist diese Möglichkeit nicht mehr rechtlich ausgeschlossen. Es wären dann Absprachen zur Arbeitsteilung notwendig. Hierbei kann man entweder nach unterschiedlichen Phasen der Krankheitsverläufe differenzieren oder den auf beiden Seiten bestehenden Arztmangel durch horizontale Arbeitsteilung kompensieren. In gleicher Weise ist eine freie Mitarbeit als Neurologe denkbar: Bei der Versorgung

ambulanter Patienten ist eine Tätigkeit ohne Eingliederung in die organisatorischen Abläufe des Krankenhauses eher möglich als bei der Mitbehandlung stationärer Patienten. Dies wird umso mehr gelten, wenn die Behandlung sowohl in den Räumen des Krankenhauses als auch in der Arztpraxis möglich ist.

Schließlich kommt auch eine vertragliche Kooperation in Betracht, bei der sowohl die neurologische Praxis als auch das Krankenhaus im selben räumlichen Einzugsbereich die MS-Patienten versorgen – aber nicht in Konkurrenz, sondern zusammen nach vereinbarten „Spielregeln“. Solche Konzepte existieren seit langem: Im NeuroTransmitter-Sonderheft 1/2004 wurde die kooperative, sektorübergreifende integrierte Versorgung der MS ausführlich dargestellt. Es besteht seit Jahren eine inhaltliche und strukturelle „Blaupause“ für die kooperative Versorgung von Patienten mit MS. Warum sollte man darauf warten, bis einen der Gesetzgeber zur Kooperation zwingt, wenn innerhalb der neurologischen Ärzteschaft Konsens über den Sinn und sogar über die inhaltliche Umsetzung strukturierter Versorgungen besteht?

Kooperation per Gesetz?

Um ambulant-stationäre Kooperationen zu ermöglichen, bedarf es keiner erneuten Gesundheitsreform. Bei kritischer Würdigung der Entwicklungen der letzten Jahre kann man aber zu dem Schluss gelangen, dass der Gesetzgeber mit dem Erfolg der seit 2004 erfolgten Liberalisierungen des Vertragsarztrechts nicht zufrieden ist: Er stellt weniger die Freiheit zur Kooperation in Aussicht, vielmehr zwingt er die Vertragspartner nun dazu. Es gilt also nicht mehr „Wer will, darf kooperieren“, sondern „Er muss kooperieren“. Die wirkliche Reform findet aber nicht im Bundesgesetzblatt, sondern in der alltäglichen Patientenversorgung statt. Es sollte ein Anliegen der Ärzteschaft und ihrer Berater sein, die kooperative sektorübergreifende Behandlung und Versorgung zu fördern. Nicht ohne Grund war „Integrationsverweigerer“ das Unwort des Jahres 2010. □

AUTOR

Dr. jur. Ingo Pflugmacher, Bonn

Arzneimittel-Neuordnungsgesetz

Was bringt das neue Bewertungssystem?

Das Arzneimittel-Neuordnungsgesetz hat für viel Aufregung gesorgt. Im Prinzip ist dieses Gesetz zu begrüßen. Problematisch ist die nur sehr begrenzte Mitwirkung von Ärzten am Entscheidungsprozess. Neurologen sollten jedoch ihre Kompetenz nutzen und die Chancen zur Einflussnahme wahrnehmen.

Am 1. Januar 2011 ist das Arzneimittel-Neuordnungsgesetz (AMNOG) in Kraft getreten. Kern dieses Gesetzes ist die „frühe Nutzenbewertung“ nach § 35a SGB V für erstattungsfähige Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen (Innovationen). Rund ein Fünftel der innovativen Arzneimittel, die sich derzeit in der frühen Nutzenbewertung befinden, sind neurologische Präparate. Dies ist eine weitere Bestätigung der zahlreichen therapeutischen Fortschritte in unserem Fachgebiet.

Die Kosten für innovative Medikamente sind in der Regel sehr hoch. So liegen nach Aussagen des erst kürzlich veröffentlichten Arzneimitteljahresreports der Barmer GEK die Jahreskosten der teuersten 20 Arzneimittel bei über 20 Millionen Euro. Der Großteil dieser Arzneimittel gehört nach der Publikation in die Gruppe der Spezialpräparate.

Scheininnovationen vermeiden

Der Gesetzgeber hat das AMNOG nicht zuletzt deswegen verabschiedet, um Substanzen ohne echten innovativen Charakter beziehungsweise hochpreisige Präparate mit zweifelhaftem Nutzen zu vermeiden. Dieser Grundgedanke ist aus unserer Sicht durchaus richtig. Es muss im Interesse der Neurologie liegen, dass die Patienten Zugang zu innovativen Therapien erhalten. Hier ist die „Spreu vom Weizen zu trennen“. Die wirklichen Innovationen sollen auch künftig noch finanzierbar bleiben. Unsere Patienten dürfen nicht Opfer verdeckter oder gar offener Rationierungsmaßnahmen werden. Das AMNOG verfolgt damit einen wichtigen und richtigen Ansatz. Andererseits besteht die Gefahr, dass allein „Formalisten“ und „Nicht-Anwender“ in den formalen Bewertungsprozess eingebunden sind – ohne Zugriff auf interne Evidenzen.

Procedere bei der frühen Nutzenbewertung

Bringt der pharmazeutische Hersteller ein Arzneimittel erstmals in den Verkehr, muss er zeitgleich ein Dossier zur Bestimmung des Zusatznutzens gegenüber einer Vergleichstherapie beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einreichen. Die Untersuchung und Bewertung des Zusatznutzens wird von diesem Ausschuss durchgeführt; der G-BA kann jedoch auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) oder Dritte mit der Durchführung beauftragen.

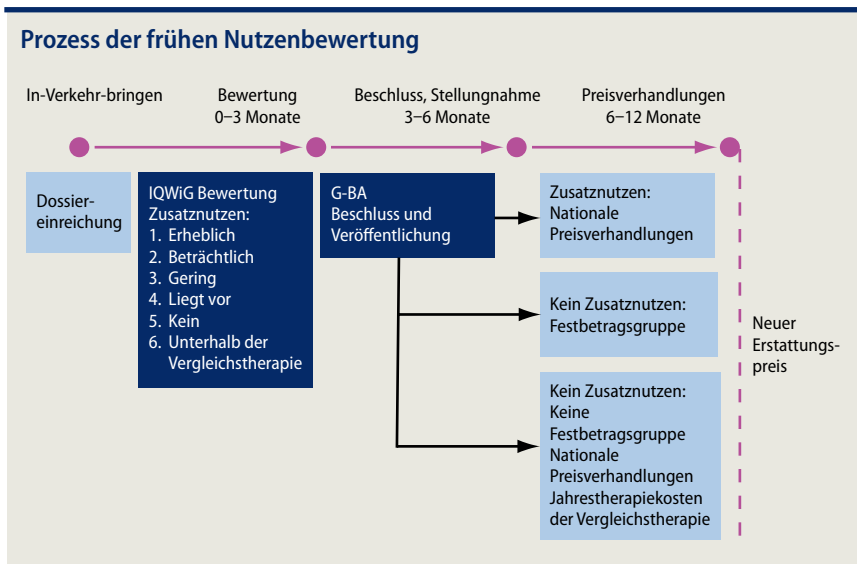
Die frühe Nutzenbewertung wird innerhalb von drei Monaten durchgeführt und ihr Ergebnis veröffentlicht. Anschließend sind zum Ergebnis Stellungnahmen der Fachkreise und der betroffenen Unternehmen einzuholen. Danach beschließt der G-BA innerhalb weiterer drei Monate das Endergebnis dieser Nutzenbewertung.

Der Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie kann in sechs Kategorien eingeteilt werden:

- Erheblicher Zusatznutzen
- Beträchtlicher Zusatznutzen
- Geringer Zusatznutzen
- Zusatznutzen liegt vor, ist aber nicht quantifizierbar, weil die wissenschaftliche Datengrundlage fehlt
- Kein Zusatznutzen
- Geringerer Zusatznutzen als Vergleichstherapie

Preisfestlegung

Sechs Monate nach dem das Arzneimittel in Verkehr gebracht wurde, ist die frühe Nutzenbewertung abgeschlossen. Danach schließt sich eine sechsmonatige Phase der Preisverhandlung nach § 130b



Registrierung als klinischer Experte

Jeder Arzt kann sich als Experte beim IQWiG registrieren unter: www.iqwig.de („Frühe Nutzenbewertung: Sachverständigen-Profil einreichen“).

1. Registrierung

- Bestätigung des Hochschulabschlusses
- Angaben zu Berufserfahrung, Facharztqualifikation
- Publikationsliste
- Bestätigung, die Beratung in deutscher Sprache durchführen zu können

2. Auswahl der Berater durch das IQWiG

- nach Fachgebiet der registrierten Ärzte
- nach Eignung bei Erfüllen der Kriterien bei der Online-Abfrage (Facharztanerkennung, Qualität der Publikationen)

3. Inhalt der medizinischen fachlichen Beratung

Fragebogen mit meist fünf Fragen zum medizinischen Kontext des zu bewertenden Arzneimittels wie beispielsweise

- Krankheitsbild, Krankheitsfolgen
- Therapieziele
- Patienten im Versorgungsalltag
- Therapieoptionen (medikamentös und nicht medikamentös)
- Therapeutischer Bedarf über die vorhandenen Optionen hinaus
- Stand der medizinischen Praxis

Die Fragen sind in wissenschaftlich üblicher Weise (mit Quellenangaben) zu beantworten.

SGB V an. Die Basis für die Preisverhandlung bildet der Beschluss des G-BA nach § 35a SGB V. Dieser sieht drei Möglichkeiten der Preisfestsetzung vor:

Zusatznutzen – Preisverhandlung: Für Arzneimittel, für die einen Zusatznutzen nachgewiesen worden ist, findet eine Preisverhandlung zwischen dem pharmazeutischen Unternehmer und dem GKV-Spitzenverband auf nationaler Ebene statt – der Erstattungsbetrag wird gegebenenfalls über dem Niveau der Vergleichstherapie festgelegt.

Kein Zusatznutzen – Festbetrag: Konnte für das bewertete Arzneimittel kein Zusatznutzen belegt werden, wird das Arzneimittel einer Festbetragsgruppe zugeordnet.

Kein Zusatznutzen – Preisverhandlung: Ist eine Festbetragszuordnung nicht möglich, findet wiederum eine Preisverhandlung zwischen dem Unternehmer und dem GKV-Spitzenverband auf nationaler Ebene statt. Dabei wird ein Erstattungs-

betrag in Höhe der Vergleichstherapie vereinbart.

Die neuen Erstattungspreise gelten ab zwölf Monate nach dem das Arzneimittel in den Verkehr gebracht wurde.

Mitwirkung der Ärzte

Dem anfänglichen Appell zur Beteiligung an diesem Prozess folgend, gibt es zwei Möglichkeiten, bei denen wir Ärzte in der Bewertung der innovativen Arzneimittel in unserem Fachgebiet begrenzt mitwirken können:

Klinische Experten: Am Anfang des Bewertungsprozesses durch das IQWiG beteiligt dieses Institut in geringem Ausmaß auch „klinische Experten“ für eine eng umfasste Fragestellung. Um hier als klinischer Experte mit eingebunden zu werden, kann man sich auf der IQWiG Internetseite als Experte registrieren. Dies ist ein sehr einfacher Prozess (siehe oben), bei dem lediglich die berufliche Qualifikation anzugeben ist – dann gehört man bereits dem „Expertenpool“ des IQWiG an. Das Institut wählt daraus

einige Experten für eine spezifische Fragestellung aus.

Fachkreise: Nach der Bewertung gibt es einen Prozess der Stellungnahme, bei der „Fachkreise“ mitwirken können. Hier haben wir Gelegenheit die Bewertung des IQWiG einzusehen und dazu direkt Stellung zu nehmen. Es ist äußerst wichtig, dass wir hier mit allen beteiligten Verbänden unserer Berufsgruppe und mit den Selbsthilfegruppen kritisch die Interessen der Patienten vertreten. Evidenzbasierte Medizin beinhaltet stets die beste Integration externer und interner Evidenzen. Wir sind ebenso wie Selbsthilfegruppen unseren Patienten am nächsten. Ohne Berücksichtigung der Experten des Fachgebiets ist eine Nutzenbewertung unvollständig.

Wirtschaftliche Mitverantwortung der Ärzte

Aus Versorgungssicht ist es unser Interesse, dass den Patienten der frühe und direkte Zugang zu Innovationen erhalten bleibt, gleichzeitig müssen die Patienten vor unnötigen Risiken und Scheininnovationen geschützt werden. Beides sind wichtige Ziele. Wir können aber auch dem Prozess der Preisbildung nicht gleichgültig gegenüberstehen. Neben der medizinischen Verantwortung müssen wir uns unserer wirtschaftlichen Verantwortung bewusst werden, denn die von uns veranlassten Therapiekosten sollen auch in der Zukunft noch finanzierbar sein. Der Prozess zur Bewertung eines Zusatznutzens für innovative Arzneimittel ist daher sinnvoll. Er sollte aber auch fair und transparent für alle Betroffenen sein. Dies beinhaltet eine aktive Einbeziehung von Patienten und klinischen Experten. □

AUTOR

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Klinisch-ambulante Kooperation bei Bewegungsstörungen

Klarer Vorteil für die Patienten

Das „Düsseldorfer klinisch-ambulante Kooperationsprojekt“ ist ein sektorenübergreifendes Modell für die optimierte Versorgung von Patienten mit Bewegungsstörungen. Das Projekt wird nach der positiven Resonanz bei allen Beteiligten über die Pilotphase hinaus weitergeführt.

Das „Düsseldorfer klinisch-ambulante Kooperationsprojekt“ startete im April 2009. Durch eine Auswahl neurologischer Schwerpunktpraxen im Großraum Düsseldorf und deren intensivierter Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Düsseldorf, konnte die Diagnostik und Therapie von Bewegungsstörungen nachweislich verbessert werden. Ein wesentlicher Bestandteil der Kooperation sind die gemeinsam mit einem Oberarzt der Klinik durchgeführten Sprechstunden in den jeweiligen Praxen. Zusätzlich finden kontinuierlich Fortbildungsveranstaltungen statt. Dies gewährleistet einen regelmäßigen fachlichen Austausch, der auch langfristig zu einer besseren Versorgungsqualität führen soll.

Tiefe Hirnstimulation integriert

Konkret lässt sich das Modell am Beispiel der seit einigen Jahren etablierten

Methode der tiefen Hirnstimulation illustrieren. Sie wird bei Morbus Parkinson, essenziellem Tremor und Dystonien ausschließlich in spezialisierten, meist universitären Zentren angewendet. Durch die interaktive Kooperation im Rahmen des Düsseldorfer Projekts kann ein solch spezifisches Verfahren nun durch den Klinikarzt direkt eingebracht werden, um hier zusammen mit dem niedergelassenen Neurologen ein effektives Behandlungskonzept für den Patienten zu erarbeiten und gegebenenfalls eine stationäre Therapie zu planen. Darüber hinaus lässt sich etwa die Möglichkeit einer telemedizinischen Behandlung des Patienten zu Hause diskutieren und hierfür ein gemeinsames therapeutisches Konzept erarbeiten.

Neben der allgemein verbesserten Kommunikation liegt aus der Sicht des Kliniklers ein wesentlicher Gewinn auch

darin, dass für ihn die ambulanten Strukturen in der täglichen Behandlung von Patienten mit Bewegungsstörungen transparenter werden und damit das Verständnis für die Vorgehensweise und für die spezifischen Herausforderungen der niedergelassenen Kollegen wächst.

Positive Resonanz – Weiterführung des Projekts

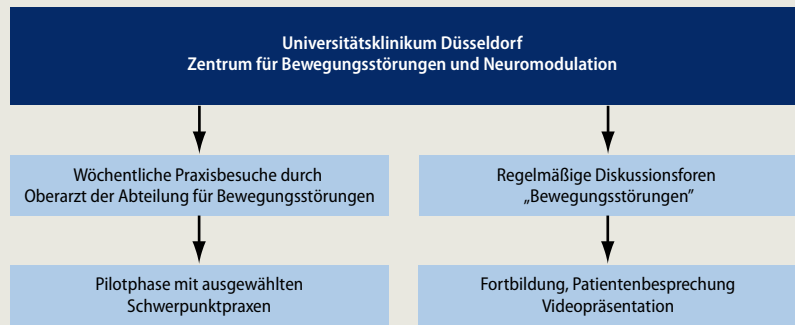
Insgesamt zeigte sich bei allen Beteiligten eine hohe Zufriedenheit mit dem Kooperationsprojekt, das auch nach Abschluss der Pilotphase seine Fortsetzung finden wird. Ein entscheidender Aspekt liegt zudem in der ausgesprochen positiven Resonanz der mittlerweile mehr als 600 gemeinsam behandelten Patienten. Sie bewerteten in einer Befragung ihre Zufriedenheit mit dem Projekt auf einer Skala von 1 (sehr positiv) bis 10 (sehr negativ) mit einem Mittelwert von 1,5. Als



Klinikarzt und niedergelassener Neurologe bei der gemeinsamen Beratung des Patienten.

Kontakt für Interessierte

Dr. med. Martin Südmeyer
 Zentrum für Bewegungsstörungen
 und Neuromodulation
 (Leiter: Prof. Dr. med. Alfons Schnitzler)
 Klinik für Neurologie
 Universitätsklinikum Düsseldorf
 Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf
 Telefon: 0211 8116756
 E-Mail: Martin.Suedmeyer@
 uni-duesseldorf.de

Konzept des Düsseldorfer klinisch-ambulanten Kooperationsprojekts

besonders vorteilhaft empfanden sie dabei, dass sie von einem erweiterten Behandlungsspektrum profitierten, aber gleichzeitig durch die Präsenz ihres vertrauten Arztes weniger Schwellenängste vor einer möglichen stationären Therapie hatten. Die Ergebnisse der Pilotphase

werden im Rahmen des DGN-Kongresses am Freitag, den 30. September 2011, 12.30–14.30 Uhr, präsentiert (P 666, Postersitzung evidenzbasierte Medizin).

Das „Düsseldorfer klinisch-ambulante Kooperationsprojekt“ wird durch

die Deutsche Parkinsonvereinigung (dPV) und durch die Unternehmen Teva und Lundbeck unterstützt. □

AUTOR

Dr. med. Martin Südmeyer, Düsseldorf

Neurologen und Psychiater im Netz

Neue Rekorde bei Besucherzahlen

Das Interesse am Internetportal „Neurologen und Psychiater im Netz“ nimmt stetig zu. Neben einem großen Informationsangebot und der Zusammenarbeit mit Presseagenturen stehen auch der Service für Fachpraxen und interaktive Module im Zentrum der Aktivitäten.

The screenshot shows the homepage of the website 'Neurologen & Psychiater im Netz'. The header features the website title and a search bar. A navigation menu on the left lists various categories like 'Startseite', 'Arzt suche', 'Kliniken', and 'Gehirn & Nervensystem'. The main content area is divided into sections: 'Aktuelles' with two news items (one about Post-Zoster-Neuralgie and another about Hypochonder), 'Newsletter' with a subscription form, and 'Im Fokus' with three featured articles (Schlaganfall, Migräne, and Buchempfehlung). The website has a clean, professional layout with a blue and white color scheme.

Homepage von „Neurologen und Psychiater im Netz“ – über 1,6 Millionen Besucher im vergangenen Jahr

Im Jahr 2010 registrierte das Patienten-informationsportal www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de mehr als 1,6 Millionen Besucher. Und diese Frequenz bleibt steigend: Immer mehr Patienten, ihre Familienangehörigen und interessierte Laien, aber auch Journalisten, Ärzte, Studenten und Krankenpflegerpersonal rufen die Internetseite auf, um sich

über neurologische sowie psychiatrische Erkrankungen zu informieren. Von Januar bis Juni 2011 stieg die Zahl der Besucher im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 100.000 auf 950.000 an. Damit sind die „Neurologen und Psychiater im Netz“ die am meisten besuchte deutschsprachige Internetseite zu neurologischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen

Themen. Diese Entwicklung verdeutlicht einmal mehr das zunehmende Bedürfnis der Menschen nach Informationen zu medizinischen Themen. Das Internet hat hier bereits eine zentrale Rolle eingenommen, die in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen wird.

Immer stärker in den Fokus rücken neurologische und psychiatrische Erkran-

kungen. Hier sind auch die größten Zuwächse bei den Prävalenzdaten zu verzeichnen – Tendenz weiter steigend. Mit neuen interaktiven Angeboten und qualitativ hochwertigen Informationen können sich die „Neurologen und Psychiater im Netz“ den künftigen Herausforderungen stellen. Ein Beispiel dafür ist eine interaktive Karte mit den Stroke Units in Deutschland (siehe Abbildung).

Kooperationen mit Nachrichtenagenturen

Um die Themen Neurologie und Psychiatrie in der Öffentlichkeit stärker zu verankern, wurden die seit Jahren bestehenden Kooperationen mit der Deutschen Presseagentur dpa und der Nachrichtenagentur dapd (Nummer zwei der Nachrichtenagenturen in Deutschland) noch weiter vertieft. Im Jahr 2010 veröffentlichten diese beiden Agenturen insgesamt 95 Meldungen über Ratgeberbeiträge und Pressemeldungen der „Neurologen und Psychiater im Netz“. Schätzungen zufolge wurden aufgrund dieser Agenturmeldungen etwa 1.000 weitere Berichte in Zeitungen und Zeitschriften publiziert – mit einer Reichweite von 200 bis 300 Millionen Lesern.

Weiterer Ausbau in Aussicht

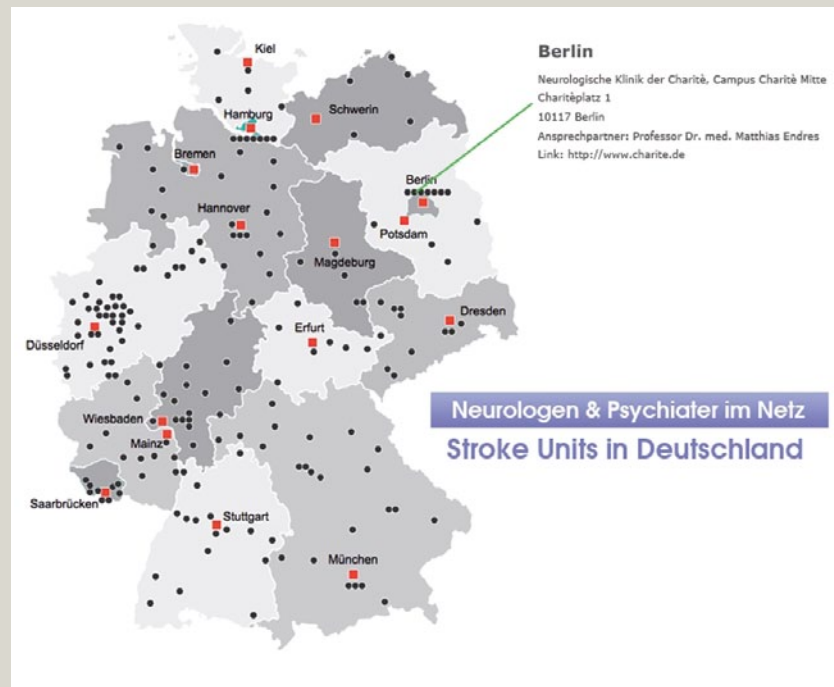
Für die kommenden Jahre ist geplant, das Angebot der Patientenplattform weiter auszubauen und noch attraktiver zu gestalten. Dazu sollen insbesondere neue interaktive Module, die den User beispielsweise über die Risiken eines Schlaganfalls oder einer Demenzerkrankung aufklären, beitragen. In der Rubrik „Krankheiten von A-Z“ werden weitere neurologische Krankheitsbilder hinzukommen. Dies alles mit dem Ziel, noch mehr Menschen mit unserem Informationsangebot zu erreichen sowie neurologische und psychiatrische Themen stärker in die Öffentlichkeit zu tragen.

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

Besonders häufig wird das Ärzterverzeichnis der Patientenplattform genutzt. Dort können sich Neurologen, Nervenärzte und Psychiater mit einer eigenen Praxis-Homepage präsentieren und ihre Patienten über Leistungsspektrum, Behandlungsschwerpunkte, Praxiszeiten

Interaktive Stroke-Unit-Karte

Derzeit enthält diese Karte 179 regionale und überregionale Stroke Units mit ihren Adressen. Fährt man mit dem Cursor über die Karte und berührt dabei eine entsprechend gekennzeichnete Lage einer Stroke Unit, werden automatisch deren Daten eingeblendet.



und vieles andere mehr informieren (siehe Abbildung). Einen visuellen Eindruck von der Praxis vermitteln Bilder des Praxisteams und der Behandlungsräume.

Auch für diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die bereits über eine Homepage verfügen, bietet eine Praxishomepage bei www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de große Vorteile. Durch die Verlinkung mit der bereits vorhandenen Homepage können Interessierte die Praxis erheblich schneller auffinden.

Herbstaktion!

Noch bis November kostenlose Erstellung Ihrer Praxis-Homepage

Noch bis zum 30. November ist die Erstellung einer Praxis-Homepage bei Anmeldung unter www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de kostenfrei. Die monatlichen Abonnementkosten liegen zwischen 3,75 und 10 €, je nachdem, ob es sich um eine Einzel- oder Gemeinschaftspraxis handelt und ob bereits eine Homepage vorhanden ist. Bei Fragen steht

das Serviceteam von „Neurologen und Psychiater im Netz“ telefonisch oder per Email zur Verfügung. Mit dem nachfolgend abgedruckten Coupon können Sie sich für eine Praxishomepage anmelden. Daneben besteht natürlich auch die Möglichkeit zur Online-Registrierung auf www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/onlineanmeldung. □

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)-Ärztelkammer, 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

Herbstaktion bis 30.11.2011
 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: support@npin.de

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

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

Internetpräsentation regionaler Versorgungsstrukturen

Erst die Homepage gibt den ZNS-Netzen ein Gesicht

Der Online-Auftritt von medizinischen Netzwerken wird immer wichtiger. Volkmar Figlestahler, Vorsitzender des regionalen ZNS-Netzes Rheinland-Pfalz Süd, ging auf die Hintergründe der kürzlich fertig gestellten Internetseite dieses Netzes ein.

? Herr Figlestahler, das regionale ZNS-Netz Rheinland-Pfalz Süd war eines der ersten Netze, die das Angebot von BVDN, BDN und BVDP zur Erstellung einer Internetseite für regionale ZNS-Netze angenommen und umgesetzt haben. Welchen Vorteil hat diese Initiative der Berufsverbände aus Ihrer Sicht?

Volkmar Figlestahler: Die Berufsverbände haben unser ZNS-Netz bei der Erstellung der Internetseite finanziell unterstützt. Das hat uns natürlich geholfen. Dann haben wir auch ein gutes Konzept: Unter dem Dach der Internetseite www.zns-deutschland.de sollen sich die regionalen ZNS-Netze mit einer in Struktur und Layout einheitlichen Internetseite präsentieren. Damit sind wir zum einen in unserer Region als qualitativ hochwertiger Anbieter medizinischer Leistungen gut präsentiert – können aber auch überregional in Erscheinung treten, falls dies erforderlich ist. Denn unser Anspruch ist, mit den ZNS-Netzen die neurologische und psychiatrische Versorgung unserer Patienten zu optimieren. Ein einheitliches Auftreten der regionalen ZNS-Netze wird dazu beitragen, unsere Position als Neurologen, Nervenärzte und Psychiater insgesamt zu stärken.

? Welche Ziele verfolgen Sie mit der Internetseite?

Figlestahler: Wir wenden uns insbesondere an unsere Patienten. Sie erhalten Informationen darüber, welche Neurologen, Nervenärzte oder Psychiater und Psychotherapeuten in unserer Region im Verbund vertreten sind, welche Schwerpunkte die Praxen haben und welche Se-

lektivverträge mit den Kassen bestehen. In Kurzporträts werden alle im Netz vertretenen Fachärzte einzeln vorgestellt. In der Rubrik „Fokus“ auf der Startseite findet der Besucher unserer Internetseiten unter anderem Vorankündigungen über Veranstaltungen und Termine zu Informationsabenden in der Region. Für mich gibt erst der Internetauftritt unserem regionalen ZNS-Netz ein Gesicht.

? Welche Rolle spielen die Krankenkassen bei Ihren Überlegungen, sich im Internet zu präsentieren?

Figlestahler: Sie sprechen hier mögliche Selektivverträge mit gesetzlichen Krankenkassen an. Die Organisationsstrukturen der jeweiligen Versicherer unterscheiden sich, die Verwaltung erfolgt zum Teil auf zentraler Bundesebene, aber auch auf Landesebene. Daher wird der Bedarf und Nutzen von Selektivverträgen regional agierender Ärztenetze auch unterschiedlich bewertet. Es gibt Krankenkassen, wie zum Beispiel die BKKen oder die DAK in Rheinland Pfalz, die sich innovativen Vertragsmodellen gegenüber erfreulich aufgeschlossen zeigen und auch selbst initiieren. Leider existieren auch Beispiele, wo betriebswirtschaftlich anders kalkuliert wird. Die ZNS-Netze in Rheinland Pfalz sind in der glücklichen Lage, bereits einen – mittlerweile für Patienten und beide Vertragspartner sehr erfolgreichen – Multiple-Sklerose-Vertrag abgeschlossen zu haben. Weitere Verträge werden noch in diesem Jahr folgen. Wir bleiben also am Ball! Hier spielt natürlich ein einheitlicher und professioneller Internetauftritt eine ganz entscheidende Rolle!



»Ein einheitliches Auftreten der regionalen ZNS-Netze wird dazu beitragen, unsere Position als Neurologen, Nervenärzte und Psychiater insgesamt zu stärken.«

Volkmar Figlestahler

Niedergelassener Facharzt für Neurologie und Psychiatrie in Speyer, Vorsitzender von ZNS Rheinland-Pfalz Süd e.V.

? Gibt es weitere Punkte, die Ihnen wichtig sind?

Figlestahler: Wir wollen unsere Botschaft über die Landesgrenzen hinaus tragen, Kompetenz, gute Organisation und Effizienz, die hinter den Netzen stehen, verdeutlichen. Das könnte den überregional verwalteten Kassen helfen, die jeweiligen ZNS-Netze der Region als mögliche Vertragspartner besser kennen zu lernen. Der Internetauftritt führt zudem zu einer höheren Transparenz in den regionalen Netzen, fördert Motivation und Verbindlichkeit der Netzmitglieder untereinander. Er ermöglicht Patienten sowie verschiedensten berufspolitischen Verbänden und interessierten gesetzlichen Kassen die Qualität der Versorgungsleistung besser zu beurteilen.

? Wie werden Sie von den Patienten oder anderen Usern im Netz gefunden?

Figlestahler: Es gibt verschiedene Wege: Zum einen haben wir natürlich unsere



Regional und bundesweit einheitliche Präsentation der ZNS-Netze



Praxis-Homepage des regionalen ZNS-Netzes



Präsentation des ZNS-Netzes Rheinland-Pfalz Süd

setzung der Berufsverbände war es, dass der Internetauftritt für die regionalen ZNS-Netze deutlich kostengünstiger als über herkömmliche Angebote sein sollte – und das wurde auch umgesetzt. So sind Layout und Programmierung der Internetseiten kostenfrei. Beispielsweise wird für die Kurzporträts der Netzmitglieder nur eine Gebühr von 5 € plus Mehrwertsteuer pro Monat und Arzt erhoben. ZNS-Netzmitglieder, die eine Praxis-Homepage beim Patientenportal www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de (NPIN) abonniert haben, zahlen überhaupt nichts. Zudem gibt es eine einmalige finanzielle Unterstützung durch die Berufsverbände.

Wie hoch sind die Kosten für Ihr Netz?

Figlesthaller: Unser ZNS-Netz hat 46 Mitglieder, von denen 10 auch eine Praxis-Homepage bei NPIN haben. Wir zahlen also die ZNS-Netz-Gebühr für 36 Mitglieder, das sind pro Jahr 2.160 € zusätzlich Mehrwertsteuer. Für ein Netz unserer Größe beträgt die Förderung der Berufsverbände 1.500 €, sodass die Kosten im ersten Jahr nur 660 € plus Mehrwertsteuer betragen. Darin enthalten ist auch eine kurze Schulung, mit deren Hilfe ich Änderungen auf unseren Internetseiten selbst vornehmen kann.

Gibt es zukünftige Pläne für das regionale ZNS-Netz?

Figlesthaller: Wir müssen uns natürlich weiterentwickeln. Es wird sicher auch Rückschläge geben, ich bin aber sehr zuversichtlich, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Und ich hoffe, dass sich möglichst viele regionale ZNS-Netze für das Angebot der Berufsverbände zur Erstellung ihrer Internetseite entscheiden. Für uns zumindest war und ist es der richtige Weg.

eigene Domain www.zns-rlp-sued.de. Dann findet man uns auch über die Stichworteingabe in Suchmaschinen. Geben sie beispielsweise bei Google „zns rlp“ oder „zns rheinland-pfalz“ ein, steht unsere Internetseite bei den Suchergebnissen an erster Stelle. Die zweite Möglichkeit ist der Zugang über die Dachseite der regionalen ZNS-Netze, www.zns-deutschland.de. Dort klickt der User auf einer Deutschlandkarte einfach die Region an, über die er sich informieren will. Er gelangt dann zur Internetseite des jeweils vorhandenen ZNS-Netzes. Zudem sind wir mit der Patientenplattform der

neurologischen und psychiatrischen Berufsverbände und Fachgesellschaften, www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de verlinkt und haben dort eine eigene Rubrik „ZNS-Netze“, über die der Patient direkt auf unsere Internetseiten gelangt. Somit können auch die regionalen ZNS-Netze von den jährlich mehr als 1,6 Millionen Besuchern dieser Patientenplattform profitieren.

Den Internetauftritt gibt es sicher nicht umsonst.

Figlesthaller: Das ist richtig, die Kosten sind natürlich ein wichtiger Punkt. Ziel-

Information und Anmeldung

Monks Ärzte im Netz GmbH
Regionale ZNS-Netze
 Jochen Lamp
 Telefon: 069 678 698 90
 E-Mail: jochen.lamp@monks.de

AUTOR

Jochen Lamp, Frankfurt

Patientenaufklärung leicht gemacht

BDN und BVDN sowie die DGN haben die Informationskampagne „Neurologie direkt“ ins Leben gerufen. Mit ihrem Pilotprojekt am Welt-MS-Tag 2011 konnten sie durchweg gute Erfahrungen sammeln.

Vor allem chronisch Kranke wünschen sich seriöse, aktuelle und pragmatische Informationen zu ihrer Krankheit. Für diese Patienten und auch ihre Angehörigen sind neben der Einzelberatung Informationsveranstaltungen wichtige Elemente, die sich positiv auf Compliance und Krankheitsbewältigung auswirken können. Für die Ärzte sind sie zudem zeiteffizient und wichtig für die Reputation der medizinischen Versorgungseinrichtung. Nicht jeder Facharzt hat aber gutes Vortragsmaterial zur Hand und ist ein Power-Point-Experte oder gar ein guter Pressearbeiter für die Bewerbung der Veranstaltung. Jeder weiß, wie zeitraubend es ist, eine gute Präsentation zu erstellen, die didaktisch und inhaltlich dem neuesten Stand entspricht.

Zum Welt-MS-Tag 2011 am 25. Mai startete das gemeinsame Pilotprojekt „Neurologie direkt“ von BDN, BVDN und DGN. Es beteiligten sich das Krankheitsbezogene Kompetenznetz Multiple Sklerose (KKNMS) und die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG). Gerade bei MS gibt es derzeit hohen Informationsbedarf aufgrund neuer, insbesondere medikamentöser Behandlungsoptionen.

Zentrale Planung – regionale Durchführung

Das Ziel von „Neurologie direkt“ ist es, gemeinsam mit Patientenorganisationen regelmäßig bundesweit Neurologie-Tage mit einer Erkrankung im Fokus durchzuführen. In zentral vorbereiteten, aber von regionalen Partnern organisierten Informationsveranstaltungen werden Patienten, Angehörige und die interessierte Öffentlichkeit mit ausführlichen Informationspaketen über aktuelle Entwicklungen und individuelle Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt. Die umfang-

reiche Öffentlichkeitsarbeit bringt so die notwendige allgemeine Aufmerksamkeit für ein Thema und rückt auch die Neurologie mit der Behandlung wichtiger Erkrankungen ins rechte Licht.

Trotz der kurzen Vorlaufzeit hatten sich im Vorfeld des Welt-MS-Tages am 25. Mai für das Pilotprojekt mehr als 20 Kliniken und Schwerpunktpraxen aus dem gesamten Bundesgebiet zur Teilnahme entschlossen. Im Nachgang verschickte das Projektbüro an alle Veranstalter Feedback-Fragebögen, um aus den gewonnenen Erfahrungen für die nächsten „Neurologie direkt“-Tage zu lernen.

Unterstützung bei den Vorträgen

„Die Bewerbung der Veranstaltung mit den Logos der Initiative und des Welt-MS-Tages sowie das Bereitstellen eines vorbereiteten Patientenvortrages hat meine Veranstaltung enorm aufgewertet“, berichtete beispielsweise der Chefarzt der neurologischen Klinik in Rosenheim, Dr. Hanns Lohner. Mit mehr als 80 Personen war diese Veranstaltung, die das Klinikum in Zusammenarbeit mit örtlichen niedergelassenen Praxen realisierte, sehr gut besucht. Die Referenten, die in ihren Vorträgen Grundlagen, aktuelle Therapien sowie physiotherapeutische Aspekte und Selbstmanagement bei MS vermittelten, standen auch nach ihren Präsentationen bereit, um auf allgemeine und persönliche Fragen der Besucher einzugehen. Der vom KKNMS bereitgestellte und durch das Projektbüro didaktisch überarbeitete Patientenvortrag sei dabei als Leitfaden sehr hilfreich gewesen, so Lohner. „Insgesamt war die Resonanz der Patienten und deren Angehöriger durchweg positiv“, berichtete auch BDN-Vorsitzender Dr. Uwe Meier, Grevenbroich. Er unterstützte die

Initiative mit zwei Veranstaltungen und war auch persönlich ein wichtiger Impulsgeber von „Neurologie direkt“.

Kooperation mit der Presse

Lokale Zeitungen griffen sowohl auf die Pressemappe von „Neurologie direkt“ zurück als auch auf die Meldungen der Deutschen Presseagentur, die in Kooperation mit dem Projektbüro über die Ticker geschickt wurden.

Die Kooperation mit dem Welt-MS-Tag 2011 steigerte die Aufmerksamkeit von „Neurologie direkt“ – und die Initiative ihrerseits verhalf der Veranstaltung zu noch größerer Reichweite. So erschienen allein rund 100 Artikel über „Neurologie direkt“ in regionalen und überregionalen Publikationen.

Der Bundesverband der DMSG, der zusätzlich eine eigene umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit gestaltete, äußerte sich ebenfalls erfreut über die entstandene Task-Force bei der gemeinsamen Arbeit mit den Patienten. Geschäftsführerin Dorothea Pitschnau-Michel unterstrich: „Seit 2009 haben noch nie so viele Veranstaltungen zum Thema MS stattgefunden.“

Diese durchweg positive Resonanz ermutigt dazu, weitere Neurologie direkt-Tage zu organisieren. Mit einem etwas längerem Vorlauf von mehreren Monaten und mit den Erfahrungen des Pilotprojektes im Rücken, soll es spätestens 2012 in die nächste Runde gehen. □

AUTOR

Frank A. Miltner, Pressestelle der DGN, München

Kontakt „Neurologie direkt“

Projektbüro
c/o albertZWEI media GmbH
Telefon: 089 46 14 86 22
Fax: 089 46 14 86 25
E-Mail: presse@dgn.org

Wichtige Fragen gemeinsam klären

Neu auf dem 84. Jahreskongress der DGN in Wiesbaden ist das **DGN forum**. Es soll sich zu einem festen Treffpunkt für den politischen und gesellschaftlichen Austausch in der Neurologie entwickeln.

Wissenschaftliches Programm, Fortbildungsakademie und Industriepäsentationen – auf diesen Säulen standen bislang die Jahreskongresse der DGN. Nun soll es eine vierte Säule geben: Das **DGN forum** feiert 2011 in Wiesbaden seine Premiere. Dieses Forum wird inmitten des Kongresses zum Ort für den Dialog untereinander und mit der Öffentlichkeit. Berufspolitische und gesellschaftliche Themen sollen auf dem Podium, mit dem Auditorium und im persönlichen Dialog diskutiert werden. Auch der Raum für informelle Treffen ist vorhanden.

Das Programm des **DGN forum** (siehe nebenstehend) soll auch dazu beitragen, dass die Standsvertreter die Bedürfnisse „ihrer“ Neurologen besser kennenlernen, um deren Interessen im Sinne aller Kolleginnen und Kollegen erfolgreich vertreten zu können, so Professor Wolfgang H. Oertel, 1. Vorsitzender der DGN.

Vom kleinen Treffpunkt zur großen Halle

Die Idee zu diesem Forum wuchs mit der Feststellung, dass bei den Kongressen viele wichtige Diskussionen spontan entbrannten und bei zufälligen Treffen unter den Kollegen wegweisende Ideen entstanden. Aus der Idee des „Treffpunkts“ ist ein knappes Jahr später nun eine 1.000 Quadratmeter große Halle geworden, die ausreichend Platz für Redner, Zuhörer und Podiumsdiskussionen bietet. Hier sind außerdem ein Pressezentrum, Messestände, Ausstellungen und ein Lounge-Bereich untergebracht.

Neben der DGN gestalten auch die Berufsverbände BDN und BVDN das Forum mit. Dazu gehören Informationsbereiche und ein Vortrag vom BDN-Vorsitzenden Dr. Uwe Meier zum Thema „Versorgungsstrukturen der Zukunft“ mit anschließender Diskussionsrunde (siehe Kasten).

DGN forum

auf dem 84. Jahreskongress der DGN
Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Halle 3

Programm

BLOCK 1

Mittwoch, 28. September 2011

Brennpunkt Neurologie

14.00 – 14.45 Uhr **Der Frauenanteil in der Neurologie steigt rasant**

Brauchen neurologische Kliniken und Praxen eine neue Personalkultur?

14.45 – 16.45 Uhr **Personalengpässe in der Neurologie und wie man sie behebt**

- Nachwuchsmangel: Wo liegt das Problem?
- Personalrecruiting: Was muss ich als Arbeitgeber bieten und wie stelle ich mich dar?
- Versorgungsstrukturen der Zukunft

16.45 – 17.30 **Reputationsmanagement durch Arztbewertungsportale**

Neurologen und neurologische Kliniken im Internet – was ist möglich, was ist erlaubt und was nicht?

BLOCK 2

Donnerstag, 29. September 2011
Junge Neurologen

9.00 – 9.45 Uhr: **Kongress-Guide**
Tipps und Infos für Kongressneulinge

9.45 – 10.15 Uhr: **Hochschulnetz**
Informationstreffen für Medizinstudenten und Lehrbeauftragte der Universitätskliniken

10.15 – 10.45 Uhr: **International**
Überblick über internationale Kurse, Kongresse, Workshops und Austauschprogramme

13.30 – 15.00 Uhr **Karrierecoach**
Hilfe bei der Karriereplanung

Freitag, 30. September 2011
Junge Neurologen

9.30 – 11.00 Uhr **@work**
Arbeitstreffen: Wo stehen wir?
Wo gehen wir hin?

11.00 – 14.00 Uhr **Science**
Vorträge aus der Wissenschaft für
Nachwuchsforscher

14.00 – 16:30 Uhr **Survival**
Wir machen Euch fit für den Berufseinstieg!

BLOCK 3

Freitag, 30. September 2011
Offenes Forum

16.30 – 18.00 Uhr
— Kritische Bewertung des Kongresses

— Platz für Wünsche, weiterführende Ideen und konkrete Anregungen

— Gelegenheit zur Diskussion mit Vertretern des DGN-Vorstands

Das Programm des DGNforums finden Sie auch im Internet auf der Kongress-Website
<http://www.dgn2011.de/dgn2011/dgnforum.html>

DGN-Kongress-Termin!**Versorgungsstrukturen der Zukunft****Mittwoch, 28. September 2011, DGN-Forum**

16.15 – 16.45 Uhr,

Referent: Dr. Uwe Meier, Vorsitzender des BDN

Vortrag mit anschließender Diskussion

In der Vergangenheit waren die Beschäftigungsmöglichkeiten für Ärzte überschaubar. Entweder strebte man eine Klinik- oder Forschungskarriere an, ließ man sich nieder oder suchte eine Stelle außerhalb der Patientenversorgung in der Industrie oder der Verwaltung. In den letzten Jahren haben eine Reihe von Gesetzen die Versorgungslandschaft und damit auch die Optionen für Mediziner grundlegend verändert. Wie sehen die Versorgungsstrukturen der Zukunft aus? Welche Chancen und Risiken ergeben sich für (junge) Neurologen? Wie kann man sich optimal darauf vorbereiten? Der Vortrag geht auf Fragen wie diese ein und gibt viele weitere Denkanstöße zum Thema.

Den Auftakt macht am ersten Kongresstag der Programmblock „Brennpunkt Neurologie“. Dazu zählt die Diskussion folgender Fragen: Wie reagieren wir adäquat auf den steigenden Frauenanteil in der Neurologie? Wie beheben wir Personalengpässe? Wie sehen modernes Personalmarketing und Personalentwicklung aus? Was haben wir von Arztbewertungsportalen zu halten?

Junge Neurologen und Offenes Forum

Präsenten denn je sind die Jungen Neurologen auf dem Kongress vertreten. Mit insgesamt sieben Veranstaltungen richten sie sich an Medizinstudenten, Assistenzärzte und junge Fachärzte. Das Programm des **DGNforum** schließt am Freitag mit dem „Offenen Forum“, das Raum für Wünsche, Kritik, und Anregungen bietet.

Das erste **DGNforum** ist zunächst ein Experiment. Es kann nur mit dem Interesse und dem Engagement ihrer Besucher wirkliche Vitalität erhalten. Die Veranstalter erhoffen sich von Besucherseite regen Zuspruch, denn dann ließe sich dieses Forum in Zukunft neben Wissenschaft, Fortbildung und Industrieausstellung als vierte Säule des DGN-Kongresses etablieren. □

AUTOR**Frank A. Miltner, Pressestelle der DGN, München**

Junge Neurologen

Nachwuchsarbeit für die Neurologie

Die Jungen Neurologen sind eine unabhängige Nachwuchsorganisation der Neurologen in Deutschland und werden unterstützt von der DGN, vom BDN und vom BVDN. Diese Gruppe hat eine Vielzahl von Veranstaltungen und Programmen initiiert, die mit großem Interesse angenommen werden.

Die Jungen Neurologen setzen heute nicht mehr nur Signale („Das Fach Neurologie ist spannend.“, „Neurologen kümmern sich um ihren Nachwuchs.“), sie gestalten auch aktiv die Fortbildung in der Neurologie mit. Die Kerngruppe setzt sich aus insgesamt zwölf Ärzten und Studierenden zusammen, die mit unterschiedlichen Schwerpunkten die Arbeit der Nachwuchsorganisation voranbringen. Das Deutsche Institut für Qualität in der Neurologie (DIQN) unterstützt die Arbeit organisatorisch.

Das Kommunikationsmedium der Jungen Neurologen ist die Website www.junge-neurologen.de. Mit aktuellen Nachrichten wird über das Fach, das Leben an der Uni aber auch über Gesundheitspolitik und die Niederlassung als Neurologe

informiert. Wichtige Bereiche widmen sich außerdem den Summer Schools der Jungen Neurologen, dem „Tag in der Neurologie“, den Mentorenprogrammen und den Veranstaltungen auf den jährlichen DGN-Tagungen. Alle sechs Wochen verschickt die Gruppe einen Newsletter an über 500 Abonnenten – Tendenz stetig steigend. Im Bereich „CME-Module“ können Interessierte die aktuellen zertifizierten CME-Module aus der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ zur Fortbildung nutzen. Studierende und Assistenzärzte müssen zwar keine CME-Punkte sammeln, können die Fragen aber zum Selbsttest und zur Examensvorbereitung nutzen. Dieses Angebot ist kostenfrei.

Sehr beliebt sind auch die „Mumenthaler-Fälle“ auf der Website. Der heraus-

ragende Didaktiker Professor Marco Mumenthaler, früherer Direktor der Neurologischen Uni-Klinik Bern, stellt jeden Monat eine Krankengeschichte aus seiner fast 50-jährigen Tätigkeit als Neurologe vor.

Hochschulnetz im Aufbau

Anfang 2011 haben die Jungen Neurologen begonnen, ihre Basis an den Hochschulen auszubauen. Dafür bemühen sie sich um jeweils mindestens zwei Ansprechpartner in allen medizinischen Fakultäten. Einen studentischen Ansprechpartner konnten sie über die Kontakte zur Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland, zu den Fachschaften und besonders über die Summer Schools gewinnen. Zusätzlich sprachen sie alle Fakultäten an, um die Kontaktdaten der Lehrbeauftragten zu erhalten. Im Augenblick verfügt dieses Hochschulnetz über ärztliche Ansprechpartner an allen Fakultäten (Lehrbeauftragte) und über studentische Ansprechpartner an 20 Uni-Kliniken. Es ist ein wichtiges Instrument, um die Themen, Projekte und Anliegen der Jungen Neurologen an den Hochschulen bekannt zu machen. Die Zusammenarbeit mit studentischen Ansprechpartnern wird noch weiter ausgebaut.

Fünf Summer Schools

Die Jungen Neurologen haben in diesem Jahr vier „reguläre“ und erstmals eine „Scientific“ Summer School organisiert. Die vier regulären Veranstaltungen – in Dresden, Kiel, Köln und Tübingen – finden an unterschiedlichen Terminen von Montagmorgen bis Freitagnachmittag statt. Über 100 Teilnehmer lernen dort das Neueste aus Diagnostik und Therapie von Experten aus Klinik und Praxis. Diese Dozenten stehen ehrenamtlich für die Summer Schools zur Verfügung und



Die Website ist das zentrale Kommunikationsmedium der Jungen Neurologen.

sprechen neben ihren Vorträgen auch mit den Teilnehmern über Berufswege und -aussichten. Sie sind damit nicht nur Wissensvermittler, sondern echte Botschafter für die Neurologie.

Die Scientific Summer School Neurologie im Juli 2011 in Wittenberg richtete sich an Studierende höherer Semester sowie an junge Ärzte und Wissenschaftler. Erfahrene Referenten vermitteln ihnen Basiskenntnisse, die für wissenschaftliches Arbeiten und Publizieren unentbehrlich sind. Es wurden Fragen „Wie gründe ich eine Arbeitsgruppe?“, „Wie erhalte ich Förderung für mein Projekt?“ oder „Wie publiziere ich meine Daten?“ geklärt. Außerdem gewannen die Teilnehmer Einblick in die konkrete Methodik und Arbeitsweise neurowissenschaftlicher Grundlagenforschung; auch die Besichtigung eines Magnetresonanztomografen für die funktionelle Diagnostik war Programm.

Mentorenprogramme

In besonderer Weise soll das Mentorenprogramm Studierende und junge Assistenten in ihrer klinischen und wissenschaftlichen Laufbahn unterstützen. Es umfasst zwei Teile: ein Gruppenmentoring für Studierende und ein Einzelmentoring für Assistenzärzte. In begründeten Einzelfällen können sich auch Studierende für ein 1:1-Mentoring bewerben.

Die „Mentees“ tauschen nach dem Start des Gruppenmentorings ihre Erfahrungen aus und lernen dabei von- und miteinander. Die Mentoren können die Entwicklung der einzelnen Mentees in der Gruppe sehr effektiv unterstützen und sie als Lotsen bis zum Studienabschluss und darüber hinaus fördern. Denkbar sind ein (bei Bedarf zwei) Treffen der Gruppe mit ihrem Mentor pro Semester.

Das Gruppenmentoring startete im Sommer 2011. Der Beginn des Einzelmentorings fand im Winter 2010/2011 statt. Hier mussten sich die Interessierten einzeln bewerben. In einem fundierten Auswahlverfahren konnten die Interessenten erstklassigen Mentoren zugeordnet werden. Künftig wollen die Jungen Neurologen in Zusammenarbeit mit der DGN und den Berufsverbänden BDN und BVDN jährlich zehn Mentees vermitteln. Dieses Mentoring ist ein deutliches Signal, dass sich die Neurologen in besonderer Weise um ihren Nachwuchs bemühen.

Veranstaltungen der Jungen Neurologen auf dem 84. DGN-Kongress

Donnerstag, 29. September 2011, Classroom im DGN-Forum

9.00–9.45 Uhr: **Junge Neurologen Kongress-Guide**

Die Jungen Neurologen geben Kongressneulingen Tipps und machen Vorschläge, wo es sich hinzugehen lohnt, wie die Restplatzbörse funktioniert und wie man seine Kongresszeit optimal ausnutzt, Insidertipps inklusive.

Referenten: Haidar Dafsari, Felix Bernhard

9.45–10.15 Uhr: **Junge Neurologen Hochschulnetz**

Diese Veranstaltung ist ein offener Treffpunkt für alle, die beim Hochschulnetz mitarbeiten oder sich dafür interessieren. Sie bietet die Möglichkeit zur Besprechung, zum Kennenlernen und zum Austausch von Ideen und Anregungen.

Moderation: Haidar Dafsari, Arne Hillienhof

10.15–10.45 Uhr: **Junge Neurologen International**

Hier erhalten die Teilnehmer einen Überblick über internationale Kurse, Kongresse, Workshops sowie über Austauschprogramme für Klinik und Wissenschaft.

Referentin: Natalja Holler

13.30–15.00 Uhr: **Junge Neurologen Karrierecoach**

Ordinarien, Chefärzte und Praxisinhaber aus verschiedenen Bereichen der Neurologie stellen 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.

Moderation: Martin Wolz

Freitag, 30. September, Classroom im DGN-Forum

9.30–11.00 Uhr: **Junge Neurologen at work: Wo stehen wir? Wo gehen wir hin?**

In diesem Arbeitstreffen geht es um die Besprechung der aktuellen Projekte, um Strategieplanung, Aufgabenverteilung und Ideenaustausch.

Moderation: Martin Wolz

11.00–14.00 Uhr: **Junge Neurologen Science**

Aus der Praxis für die Praxis, konkret und fokussiert: Die Referenten vermitteln in jeweils 45 Minuten zentrales Wissen rund ums Forschen und Publizieren.

Referenten: Prof. Dr. Alexander Storch, Prof. Dr. Hans-Christoph Diener, Prof. Dr. Lars Timmermann, *Moderation:* Lars Timmermann

14.00–16.30 Uhr: **Junge Neurologen Survival: Wir machen euch fit für den Berufseinstieg!**

Wie überleben Berufseinsteiger als Neurologen und ihre Patienten die ersten 100 Tage? Ein Oberarzt, ein Assistenzarzt und ein Berufsstarter erläutern die zentralen Überlebensstrategien für alle Beteiligten. Es gibt Tipps, Hinweise und handfeste Informationen – nicht zuletzt zum allerersten Nachtdienst.

Referenten: Martin Wolz, Ole Hensel, Haidar Dafsari

Das Gruppenmentoring an den Fakultäten mit mehr Teilnehmern ergänzt diesen „Leuchtturmeffekt“ zusätzlich.

„Tag in der Neurologie“

Dieses Programm ist als „Schnuppertag“ in der Neurologie für Medizinstudenten gedacht. Es soll periphere Häuser dabei unterstützen, Nachwuchs für das Fach und konkret für die eigene Klinik beziehungsweise Abteilung zu gewinnen. Die Jungen Neurologen bieten hierzu den Krankenhäusern Material zur Durchfüh-

rung an und machen das Angebot über das Hochschulnetz und die Website bekannt. Acht Tage in der Neurologie fanden bereits statt, mit sehr positiver Resonanz. Interessierte finden die Reaktionen von Organisatoren wie Teilnehmern auf der Website der Jungen Neurologen. □

AUTOREN

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln
Martin Wolz, Dresden

Patienten mit schweren Verläufen sowie IFN-Therapieversager profitieren besonders von neuem MS-Therapeutikum

Seit April dieses Jahres ist Fingolimod zur oralen Therapie der schubförmigen Multiplen Sklerose zugelassen. Die Zulassung ist zurzeit jedoch beschränkt auf Patienten mit schnell fortschreitender Erkrankung und solche mit hoher Krankheitsaktivität trotz vorheriger Behandlung mit Interferon-beta (IFN-β). Nach Subgruppenanalysen der Zulassungsstudien profitieren diese Patientengruppen offenbar besonders von einer Therapie mit dem Sphingosin-1-Phosphat-(S1P-) Rezeptormodulator.

Professor Xavier Montalban, Barcelona/Spain, stellte Analysen aus den Studien FREEDOMS und TRANSFORMS vor. In der zweijährigen FREEDOMS-Studie sank die jährliche Schubrate demnach bei zuvor unbehandel-

ten Patienten mit schnell fortschreitender Erkrankung unter Fingolimod im Vergleich zu Placebo um 67 % (Abbildung). Schnell fortschreitende Krankheitsverläufe waren dabei definiert als mindestens zwei Schübe im vergangenen Jahr und mindestens einer Gadolinium-(Gd-)aufnehmenden Läsion. Patienten mit hoher Krankheitsaktivität trotz Vorbehandlung mit IFN-β zeigten unter Fingolimod im Placebovergleich eine um 62 % (klinische Schübe und MRT) beziehungsweise eine um 71 % (nur klinische Schübe) reduzierte jährliche Schubrate.

Bei der Berücksichtigung von Schüben und MRT mussten unter IFN-β mindestens ein Schub sowie entweder mindestens eine Gd-aufnehmende Läsion oder mindestens neun

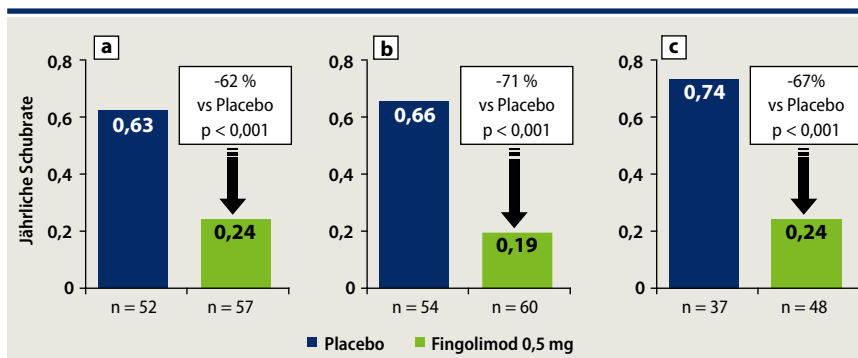
T2-Läsionen aufgetreten sein, bei ausschließlicher Berücksichtigung der Schübe waren unter IFN-β mindestens gleich viele Schübe als im Vorjahr gefordert.

In der Subgruppenanalyse der TRANSFORMS-Studie ergab sowohl die ausschließliche Berücksichtigung von Schüben als auch die Betrachtung von Schüben plus-MRT-Parameter für Fingolimod eine im Vergleich zu IFN-β um 61 % reduzierte jährliche Schubrate. In der Gesamtpopulation der Studie lag die Reduktion bei 52 %.

Nach Einschätzung Montalbans ist das Sicherheitsprofil durch klinische Studien bereits gut charakterisiert. So seien bereits mehr als 6.000 Patienten mit Fingolimod (mehr als 11.000 Patientenjahre) behandelt worden. Davon befanden sich 121 Patienten seit mehr als sechs Jahren und mehr als 80 Patienten seit mehr als sieben Jahren auf einer Therapie mit Fingolimod.

Bei Einhaltung des angezeigten Monitorings (unter anderem Varizella-Zoster-Status, Blutbild, Leberwerte, Augenuntersuchung und Sechs-Stunden-Überwachung nach Erstgabe) sieht Montalban keine Einschränkungen für die Langzeittherapie.

Dr. Gunter Freese



Subgruppenanalyse der Studie FREEDOMS gemäß der Zulassungskriterien: a) hochaktive MS trotz IFN-β (Schübe und MRT-Parameter berücksichtigt); b) hochaktive MS trotz IFN-β (nur Schübe berücksichtigt); c) unbehandelte Patienten mit schnell fortschreitender MS (nach Vortrag Montalban)

Satellitensymposium „Fingolimod: MS treatment transformation“ im Rahmen der 21.

ENS-Jahrestagung, Lissabon, 30. Mai 2011

Veranstalter: Novartis

Gegen Aut-idem bei Antiepileptika

In Berlin haben Ärzte und Pharmazeuten dafür plädiert, die Aut-idem-Regelung für Antiepileptika abzuschaffen. Auslöser des Appells sind Regelungen des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG), die den Austausch wirkstoffgleicher Arzneimittel erleichtern.

Ärzte sollten alles tun, um das „Drama von Krampfanfällen“ zu verhindern, betonte der Kinderarzt Dr. Jürgen Bausch, Bad Soden-Salmünster. Dazu gehöre zusätzlich zur Diagnose die Aufklärung und die Unterweisung in absolute Therapietreue. Er verwies auf die Leitlinien der Fachgesellschaften mit der Regel „Keine Therapieänderung bei gut und

stabil eingestellten Patienten!“. Wenn Ärzte aus Furcht vor Regressen die „heimliche Zwangsumstellung“ zuließen, verzichteten sie auf ihre Therapiefreiheit. Bausch schloss zwar Umstellungen auf andere Arzneimittel nicht aus. Sie sollten aber unter strenger ärztlicher Aufsicht erfolgen. Patienten hätten zusätzlich die Möglichkeit, zu einer Krankenkasse ohne Rabattverträge zu wechseln.

Laut Professor Hartmut Morck, Eschborn, führt eine Umstellung zu Rezidiven – die Leitlinie der Pharmazeutischen Gesellschaft zählt Antiepileptika zu den Wirkstoffen, bei denen eine Substitution kritisch sei. Die Rate der Patienten, die nach einer Umstellung

wieder auf das ursprüngliches Medikament zurück wechseln, ist bei Antiepileptika hoch. Bei den retardierten Präparaten, so Morck, liege sie bei 44%, für nicht retardierte bei 11%. Nach Ansicht von Experten übertreffen die durch Medikamentenumstellungen ausgelösten Kosten bei Antiepileptika die Einsparungen der Kassen durch Rabattverträge.

Anno Fricke

Pressekonferenz „Werden Rabattverträge zum Gesundheitsrisiko?“ Berlin, 14. April 2011

Veranstalter: Desitin Arzneimittel

Potenzial von Pflastertherapeutika ausschöpfen

➔ Dopaminagonisten sind als effektive und sichere Therapieoption bei Morbus Parkinson – allein oder in Kombination mit Levodopa – sowie bei mittelschwerem bis schwerem Restless-Legs-Syndrom (RLS) etabliert. Mit dem Rotigotin-Pflaster steht der einzige Dopaminagonist für die transdermale Applikation zur Verfügung. Damit sind Wirkstoffzufuhr und -resorption unabhängig vom Gastro-intestinaltrakt.

Zu den vielen Vorteilen des Präparats gehören: erleichterte Therapie bei typischen Parkinsonsymptomen wie Schluckstörungen, verzögerter Magen-Darm-Passage oder Obstipation, kein First-pass-Effekt, keine Interaktionen mit Nahrungsmitteln und keine

Schwankungen der Plasmakonzentrationen aufgrund krankheitsbedingter Störungen des Gastrointestinaltraktes.

Die Applikation des Pflasters ist einfach. Es wird einmal täglich appliziert, möglichst immer zum gleichen Zeitpunkt. Um Hautirritationen zu vermeiden, sollte die Applikationsstelle gewechselt werden. Dies ist unproblematisch, da das Pflaster an nahezu alle Körperstellen aufgeklebt werden kann.

Das Rotigotin-Pflaster ist bereits unter dem Handelsnamen Neupro® (Hersteller UCB) verfügbar. Nun wird es ab Herbst auch vom Unternehmen Bayer unter dem Handelsnamen Leganto® auf den Markt gebracht. Dabei arbeiten beide Unternehmen zusammen.

Zugelassen ist das Pflaster bei idiopathischem Morbus Parkinson und mittelschwerem bis schwerem RLS.

Geplant sind zudem weitere Konzepte zur Adhärenzverbesserung, etwa durch die Etablierung eines Nurse-Service und eine insgesamt intensivere Unterstützung von Patienten und Ärzten. Die Wirkungen von Rotigotin sollen im motorischen, aber auch im nicht-motorischen Bereich bei Parkinsonpatienten noch intensiver erforscht werden.

Dr. Beate Fessler

Pressekonferenz „Neues aus dem Bereich Neurologie“, Köln, 13. Juli 2011

Veranstalter: Bayer Vital

Neuer Autoinjektor erleichtert MS-Therapie

➔ Die Anwenderfreundlichkeit einer Behandlung ist ein wichtiges Patientenbedürfnis. Einfache Handhabung und geringe Applikationsfrequenz des Therapeutikums führen zu deutlich höheren Adhärenzraten. Darauf verwies PD Dr. Björn Tackenberg, Marburg. Er sieht deshalb den neuen Interferon-beta-1a-Autoinjektor (Avonex® Pen™) als großen Fortschritt für Patienten mit Multipler Sklerose (MS). Der Pen muss nur einmal wöchentlich appliziert werden. Die Erkrankung, so Tackenberg, erscheine dadurch für die Patienten weniger präsent. Das Leben

steht im Mittelpunkt, nicht die MS. Ob der neue Wochen-Pen von den Betroffenen erfolgreich angewendet werden kann und wie einfach er zu handhaben ist, wurde in der offenen einarmigen Zulassungsstudie getestet. Die korrekte Bedienung überprüften unabhängige Beobachter anhand eines Beurteilungsbogens mit 14 Kriterien. Dazu zählten die Vorbereitung des Pens, der Erfolg der Selbstinjektion, der Verschluss und die Entsorgung des Injektors. 89% der Patienten gelang die Benutzung fehlerfrei. Auf einer visuellen Analogskala von 1 (sehr schlecht)

bis 10 (sehr gut) beurteilten die Patienten die Anwenderfreundlichkeit des Autoinjektors mit 9,3. Sie gaben die Anwendung des Pens mit „viel besser“ als die der manuelle Fertigspritze an. 94% wollten künftig auf den Avonex® Pen™ wechseln. Tackenberg hob die gute Verträglichkeit des Präparats hervor. Es kam kaum zu injektionsassoziierten Schmerzen oder Lokalreaktionen.

Dr. Martina-Jasmin Utzt

Pressekonferenz Launch Avonex® Pen™

München, 9. Juni 2011; Veranstalter: Biogen idec

Bessere Therapieoptionen durch neues Antivonvulsivum

➔ Seit kurzem erweitert ein Kaliumkanalblocker das Behandlungsspektrum in der Epileptologie: Retigabin (Trobalt®) ist als Zusatztherapie für fokale Krampfanfälle mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei Erwachsenen zugelassen.

Die Messlatte für die Einführung eines neuen Antikonvulsivums werde kontinuierlich höher gelegt, betonte Professor Bernhard Steinhoff, Kehl-Kork. Gerade die Auswahl der Teilnehmer an den Zulassungsstudien RESTORE I und II zeigten dies deutlich: Die Patienten hatten trotz bestmöglicher Therapie seit etwa 20 Jahren an ihren fokalen Epilepsien gelitten. Sie waren in etwa 80% mit zwei oder drei Antiepileptika eingestellt. Die Zahl der Anfälle lag im Median bei zehn pro Monat.

Weltweit wurden 843 Patienten randomisiert und zusätzlich zur unveränderten Vormedikation auf 600, 900 beziehungsweise 1.200 mg Retigabin oder Placebo eingestellt. Das geforderte Wirksamkeitskriterium (Response als mindestens 50%ige Reduktion der Anfallsfrequenz) erreichten in der zwölfwöchigen Erhaltungsphase dosisabhängig 39, 47 und 56% der Patienten – jeweils mit signifikantem Abstand zur Placebogruppe.

Als besonders bemerkenswert hob Steinhoff hervor, dass von den schwer therapierefraktären Patienten unter 1.200 mg Retigabin immerhin 8% vollkommen anfallsfrei geworden seien. Eine erste Interimsanalyse nach 275 beziehungsweise 357 Tagen lässt keine Tendenz zur Abnahme der Wirksamkeit des neuen Antikonvulsivums erkennen.

Als Nebenwirkungen wurden in den Verumgruppen mit dosisabhängiger Inzidenz vorrangig typische Beschwerden wie Schwindel, Müdigkeit oder Erschöpfung beobachtet. Die Verträglichkeitsprobleme waren in den ersten acht Wochen am häufigsten.

Ein wichtiger Pluspunkt von Retigabin ist für Steinhoff das geringe Potenzial für Wechselwirkungen mit anderen Antikonvulsiva aufgrund seiner geringen Interaktion mit den Cytochrom-P-450-Isoenzymen. Eine aktuelle multizentrische Studie in zehn europäischen Ländern soll Hinweise darauf geben, mit welcher Komedikation die beste Nutzen-Risiko-Bilanz für Retigabin unter Alltagsbedingungen erzielt werden kann.

Nach Informationen von GlaxoSmithKline

Schwindelanamnese

Seit kurzem ist die Kurzbroschüre „Praxisservice Schwindel-Anamnese“ erhältlich, die in Zusammenarbeit mit Experten aus unterschiedlichen Fachgebieten erarbeitet wurde. Die Broschüre enthält 30 Exemplare eines standardisierten Fragebogens. Parallel dazu findet sich eine tabellarische Übersicht zur Beurteilung der geschilderten Symptome. Der Praxisservice kann per Telefon unter 06145 508-104 oder Fax -304 sowie per Mail über service@hennig-am.de bestellt werden.

Nach Informationen von Hennig Arzneimittel

Wirksam gegen Wearing-off

Die Langzeitanwendung mit Levodopa geht häufig mit Komplikationen wie dem Wearing-off einher. Durch die Gabe von Levodopa/Carbidopa/Entacapon (LCE, Stalevo®) lassen sich die Plasma-Halbwertszeit von Levodopa um 75% und die Bioverfügbarkeit um 50% erhöhen. Die Wirkung von LCE mit deutlicher Abnahme der Off-Zeiten konnte in zahlreichen Studien bestätigt werden. Mit den neu eingeführten Tabletten zu 75 und 125 mg Levodopa stehen nun insgesamt sechs LCE-Dosisstärken für noch mehr Therapieflexibilität zur Verfügung.

Nach Informationen von Orion Pharma

Kombination gegen Alzheimer

Acetylcholinesterasehemmer und NMDA-Antagonisten in Kombination versprechen einen Behandlungsvorteil gegenüber einer Monotherapie. Professor Jörg Schulz, Aachen, wies darauf hin, dass die Behandlung mit Donepezil zusammen mit Memantin (Ebixa®) die kognitiven Fähigkeiten gegenüber einer reinen Donepezil-Therapie signifikant steigert. Es lohne sich demnach, so Schulz, Patienten mit moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz kombiniert zu behandeln. Aktuelle Studien legen zudem nahe, dass sich die Plastizität des Gehirns bei Alzheimerpatienten unter Memantin verbessert.

Nach Informationen von Lundbeck

Botulinumtoxintherapie im Fokus

Sechs Jahre nach Ersteinführung des einzigen komplexproteinfreien Botulinum-Neurotoxin A (BoNT-A) in Deutschland hat sich dieses Präparat (Xeomin®) mit der inzwischen breitesten Zulassung für die Behandlung der Spastik in der klinischen Praxis als hochwirksam und gut verträglich bewährt – auch bei Langzeitanwendung von knapp zwei Jahren. Den entscheidenden Vorteil gegenüber herkömmlichen BoNT-A-Präparaten sehen Experten darin, dass das komplexfreie Präparat praktisch nur das therapeutisch aktive reine Neurotoxin enthält, nicht aber bakterielle Fremdproteine in Form von Komplexproteinen oder andere Kontaminationen, die für die Stimulation der Antikörperproduktion gegen das aktive Botulinumtoxin verantwortlich gemacht werden. Unter dem Präparat trat laut Professor Dirk Dressler, Hannover, bisher bei keinem De-novo-Patienten ein antikörpervermitteltes Therapieversagen auf. Inzwischen belegen die Ergebnisse zahlreicher klinischer Studien, dass es auch bei Langzeitanwendung bis zu

89 Wochen in allen zugelassenen Indikationen hoch wirksam und verträglich ist [Hanschmann A et al. Posterpräsentation beim International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders 2010, Buenos Aires].

Einer aktuellen Untersuchung zufolge scheidet sich die Substanz bei immunologisch kritischen Patienten, bei denen eine Vorbehandlung mit herkömmlichen BoNT-A-Präparaten versagt hat, immunsystemneutral zu verhalten, so Professor Harald Hefter, Düsseldorf. Nach Umstellung auf in Standarddosen appliziertes Xeomin® haben nach der Studie die Antikörpertiter trotz Weiterbehandlung bisher über vier Jahre hinweg abgenommen [Hefter H. Posterpräsentation bei der Neurowoche 2010, Mannheim].

Ute Ayazpoor

Pressekonferenz „6 Jahre Xeomin® – Art & Science in der Botulinumtoxintherapie“, Wiesbaden, 6. Mai 2011
Veranstalter: Merz

Therapieadhärenz bei MS optimieren

Im Management der Multiplen Sklerose (MS) spielen mehrere Punkte eine wichtige Rolle: der frühe Einsatz einer wirksamen Basistherapie, die Optimierung der Adhärenz als wichtiger Einflussfaktor für die Therapieeffizienz und ein individualisiertes Konzept zur Aufrechterhaltung einer maximalen Adhärenz im gesamten Krankheitsverlauf. Die Studienlage spreche eindeutig dafür, dass sich eine therapeutische Intervention zu Krankheitsbeginn prognostisch günstig auswirke, berichtete Professor Ziemssen, Dresden. Allerdings sei es im praktischen Alltag wesentlich schwieriger, einen Patienten mit einer nur leichten Symptomatik von der Notwendigkeit einer Therapie zu überzeugen als einen Patienten, der bereits mehrere Schübe durchgemacht hätte. Da das Schubrisiko mit sinkender Adhärenz steige, müsse man bei einem frühen Therapiebeginn besondere Bemühungen unternehmen, um die Langzeitadhärenz sicherzustellen. Der kritische Zeitraum für einen Therapieabbruch sind die ersten beiden Behandlungsjahre. Im ersten Jahr setzten 21,5% und im zweiten Jahr 27,1% der Patienten ihre Medikation ab [Rio J et al. Mult Scler 2005; 11:

306–09]. Da in den ersten Monaten der Umgang mit der Spritze, die Integration der Therapie in den Tagesablauf und das Management von Nebenwirkungen die Adhärenz entscheidend beeinflussten, sei in dieser Phase eine intensive Betreuung der Patienten durch Schwestern-Services besonders wichtig.

Wenn der Arzt zu unrealistische Therapieerwartungen weckt, kann das nach Überzeugung von Ziemssen im weiteren Verlauf zur verstärkten Wahrnehmung einer mangelnden Wirksamkeit und damit zu Therapieabbrüchen führen. Für Interferon beta 1a (Rebif®) steht neben einer elektronischen Injektionshilfe (RebiSmart™) seit kurzem auch ein vorgefüllter Einmal-Pen (RebiDose™) in den Dosisstärken 22 und 44 µg zur Verfügung. Der neue Pen eignet sich vor allem für Therapieeinsteiger in den ersten Monaten, auf Reisen oder bei stärkeren motorischen Einschränkungen.

Abdol Ameri

Pressekonferenz „Wegweiser für mehr Adhärenz: Individuelle Behandlungskonzepte in der MS-Therapie“, Dresden, 21. Juli 2011
Veranstalter: Merck Serono

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

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

- NERFAX-Teilnahme gewünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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.)



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: Falk von Zitzewitz, Klaus Peter Westphal
Bayern: Gunther Carl
Berlin: Gerd Benesch
Brandenburg: Gisela Damaschke
Bremen: Ulrich Dölle
Hamburg: Guntram Hinz
Hessen: Werner Wolf
Mecklenburg-Vorpommern: Ramon Meißner, Frank Unger
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Frank Bergmann, Angelika Haus
Rheinland-Pfalz: Günther Endrass
Saarland: Helmut Storz
Sachsen: Babette Schmidt
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Fritz König
Thüringen: Lutz Bode
Westfalen: Klaus Gorsboth

Ansprechpartner für Themenfelder

Neue Medien: A. Hillienhoff
EDV, Wirtschaftliche Praxisführung: Th. Krichenbauer
Forensik und Gutachten Psychiatrie: P. Christian Vogel
Gutachten Neurologie: F. Jungmann
Belegarztwesen Neurologie: J. Elbrächter
Fortbildung Assistenzpersonal: R. Urban
U.E.M.S. – Psychiatrie, EFPT: R. Urban
U.E.M.S. – Neurologie: F. Jungmann

Ausschüsse

Akademie für Psychiatrische und Neurologische Fortbildung: A. Zacher, U. Meier
Ambulante Neurologische Rehabilitation: P. Reuther
Ambulante Psychiatrische Reha/Sozialpsychiatrie: N. Mönter
Weiterbildungsordnung: F. Bergmann, U. Meier, C. Roth-Sackenheim, W. Lünser, Ch. Vogel
Leitlinien: F. Bergmann, U. Meier, C. Roth-Sackenheim
Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigen-gruppen: Vorstand

Referate

Demenz: J. Bohlken
Epileptologie: R. Berkenfeld
Neuroangiologie, Schlaganfall: P. Reuther
Neurootologie, Neuroophthalmologie: M. Freidel
Neuroorthopädie: B. Kügelgen
Neuropsychologie: P. Reuther
Neuroonkologie: W. E. Hofmann

Pharmakotherapie Neurologie: G. Nelles
Pharmakotherapie Psychiatrie: R. Urban
Prävention Psychiatrie: C. Roth-Sackenheim
Prävention Neurologie: P. Reuther
Schlaf: R. Bodenschatz, W. Lünser
Schmerztherapie Neurologie: U. Meier, M. Körwer
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
 Telefon: 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



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ www.neuroscout.de

Vorstand des BDN

Vorsitzende: Uwe Meier, Grevenbroich; Hans-Christoph Diener, Essen
Schriftführer: Christian Gerloff, Hamburg
Kassenwart: Karl-Otto Sigel, München
Beisitzer: Rolf F. Hagenah, Rotenburg; Frank Bergmann, Aachen; Peter Berlit, Essen; Heinz Herbst, Stuttgart
Beirat: Elmar Busch, Gelsenkirchen; Andreas Engelhardt, Oldenburg; Peter Franz, München; Matthias Freidel, Kaltenkirchen; Holger Grehl, Erlangen; Heinz Herbst, Stuttgart; Fritz König, Lübeck; Frank Reinhardt, Erlangen; Claus-W. Wallesch, Magdeburg

Ansprechpartner für Themenfelder

IV und MVZ: U. Meier, P. Reuther
GOÄ/EBM: R. Hagenah, U. Meier, H. Grehl
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
Anhaltzahlen/Qualitätssicherung: F. Reinhardt, P. Reuther
Rehabilitation: H. Masur
CME: F. Jungmann, P. Reuther
DRG: R. Hagenah, R. Kiefer

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

DGNER: 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
Bremen: Helfried Jacobs, Bremen
Hamburg: Heinrich Goossens-Merkel, Peter Emrich
Hessen: Alexander Simonow
Mecklenburg-Vorpommern: Liane Hauk-Westerhoff
Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf, Joachim Beutler
Nordrhein: Uwe Meier
Rheinland-Pfalz: Günther Endrass
Saarland: Joachim Eißmann, Richard Rohrer
Sachsen: Elke Wollenhaupt
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Meyer-Hülsmann
Thüringen: Barbara Schwandt
Westfalen: Klaus Gorsboth, Martin Boursachs



Berufsverband Deutscher Psychiater

■ www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Stellvertretender Vorsitzender: Christian Vogel, München
Schriftführer: Hans Martens, München
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: B. Otto
PTSD: C. Roth-Sackenheim
Migrationssensible psych. Versorgung: G. Sander

BVDP-Landessprecher

Bayern: Hans Martens, Christian Vogel
Baden-Württemberg: F. von Zitzewitz, Birgit Imdahl, Thomas Hug
Berlin: Norbert Mönter
Brandenburg: n.n.
Bremen: n.n.
Hamburg: Ute Bavendamm, Guntram Hinz
Hessen: Peter Kramuschke
Mecklenburg-Vorpommern: n.n.
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Christian Raida
Rheinland-Pfalz: Wolfgang Rossbach
Saarland: Gerd Wermke
Sachsen: Bennemann
Sachsen-Anhalt: Regina Nause
Schleswig-Holstein: Uwe Bannert
Thüringen: Lutz Bode
Westfalen: Rüdiger Sassmannshausen