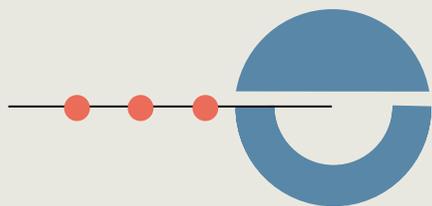


1
September 2012 _ 23. Jahrgang

NEUROTRANSMITTER

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

BDN-Sonderheft
zum 85. Kongress
der DGN 2012



Versorgungsbedarf und Epidemiologie
Neurologie im Aufwind

Zentrale Notaufnahme und Geriatrie-Weiterbildung
Neurologen-Expertise weiterhin gefordert

ZI-Praxis-Panel
Daten für den Kampf um gerechtere Honorare

Nachwuchsausbildung
Neurologie früher verankern



Dr. med. Uwe Meier
Vorsitzender des BDN



Prof. Dr. med. Christian Gerloff
Vorsitzender des BDN

Neurologie im Aufwind

Für die Neurologen ist dieser Aufwind Segen und Herausforderung zugleich. Egal, ob in der Klinik, in der Praxis, in den ambulanten oder den Rehabilitationseinrichtungen: Der Versorgungsdruck nimmt kontinuierlich zu.

Professor Peter Berlit hat die Situation in den Ambulanzen für die leitenden Krankenhausneurologen in einem Brief an die kassenärztliche Bundesvereinigung zusammengefasst. Danach hat sich in einzelnen deutschen Großstädten die Zahl neurologischer Notfälle in den Notaufnahmen der Krankenhäuser innerhalb von zehn Jahren verfünffacht und allein im ersten Quartal 2012 sei diese Anzahl um circa 13 % weiter angestiegen. Selbstverständlich erfüllt eine Vielzahl dieser Patienten nicht die Notfallkriterien im engeren Sinne. Vielmehr handelt es sich hierbei um eine Fehlallokation ambulanter Behandlungen von neurologischen Patienten – zum Beispiel mit Schwindel, Kopf-, Rückenschmerzen und Sensibilitätsstörungen. Das liegt überwiegend daran, dass Patienten, die einer ambulanten Abklärung oder einer Therapie bedürfen, keinen zeitnahen Termin bei ambulant tätigen Neurologen erhalten. Denn die Wartezeit beträgt in vielen Regionen mehrere Monate. Und so wie Krankenhäuser Verschiebungen ambulanter Patienten in den stationären Bereich beklagen, verzeichnen wir in der ambulanten Versorgung eine zunehmende Anzahl von Patienten, die stationär nicht mehr zeitnah behandelt werden können; deswegen nimmt die Komplexität der ambulanten Versorgung weiter zu.

Die Ursachen für die wachsende Anzahl der neurologischen Patienten liegen auf der Hand: Einerseits trägt die demografische Entwicklung dazu bei, andererseits aber auch die zunehmenden Behandlungsmöglichkeiten. Auf jeden Fall entspricht die Anzahl der Neurologen und Nervenärzte schon lange nicht mehr dem realen Versorgungsbedarf. Eine weitere Ursache ist die niedrige Überweisungsschwelle von Hausärzten aufgrund eines pauschalierten Honorarsystems. Und auch wenn man von Fehlallokationen absieht, zeigen die Statistiken sehr deutlich: Die Fallzahlen haben in den letzten 20 Jahren kontinuierlich zugenommen – sowohl stationär als auch ambulant. Ambulant ist jetzt allerdings die Grenze erreicht. Mehr neurologische Patienten können niedergelassene Neurologen und Nervenärzten einfach nicht behandeln. Dasselbe gilt im Übrigen auch für die Psychiater. Hier ist die Notlage durch die epidemiologische Explosion depressiver Störungen ebenso groß.

Wohin soll die Reise nun gehen? Vereinzelt fordern Politiker und Krankenkassen, Ärzte einfach zu zwingen, Termine innerhalb von zwei bis drei Wochen zu vergeben. Solange der Tag nicht gleichzeitig per Gesetz auf 28 Stunden verlängert wird ist dies jedoch weniger eine Empfehlung für das Sozialgesetzbuch

als für das Schilfbürgerbuch. Wir brauchen rationale und durchgängige Versorgungsketten unter Vermeidung von Fehlallokationen mit einer rationalen Ressourcenverteilung! Die Neudefinition der Versorgungsbereiche kann ein erster Schritt in die richtige Richtung sein, wenn der Versorgung von ZNS-Krankheiten die nötigen personellen, strukturellen und finanziellen Mittel planbar zur Verfügung gestellt und gleichzeitig vernünftige Honoraranreize ermöglicht werden. Es kann nicht sinnvoll sein, dass wir viele Patienten behandeln, die genauso gut auch im hausärztlichen Bereich behandelt werden könnten. Das Gleiche gilt für neurologisch behandlungsbedürftige Patienten, die wir im niedergelassenen Bereich in die Kliniken verschieben. BDN, BVDN und DGN fordern daher einen eigenen Versorgungsbe- reich für ZNS-Krankheiten.

Neben der Weiterentwicklung der Strukturen und neuer Versorgungsformen setzen wir uns auch für eine leistungsge- rechte Vergütung ein. Denn die Versorgung neurologischer Pa- tienten in der Diagnostik, Therapie, in der Betreuung der Pati- enten und auch ihrer Angehörigen ist komplexer und aufwän- digter als in anderen Disziplinen. Dies bedeutet viel Arbeit hinter dem Schreibtisch, bei der Konzeptentwicklung, in der Zusam- menarbeit mit der Politik, den Krankenkassen und den Institu- tionen der ärztlichen Selbstverwaltung. Wir schaffen das nur zusammen mit den Fachgesellschaften. Aber vor allem brauchen wir die Unterstützung jedes einzelnen Neurologen, das heißt Ihre Mitgliedschaft sowohl in der Fachgesellschaft als auch im Berufsverband. Wir laden Sie auch in diesem Jahr wieder herz- lich ein, unsere Veranstaltung auf dem Kongress zu besuchen. Besonders möchten wir Sie auf das BDN-Forum 2012 hinweisen, für das wir Professor Fritz Beske gewinnen konnten, der wie kein anderer die Entwicklung der Versorgungsbedarfe und die Finan- zierbarkeit des Gesundheitssystems in Deutschland kennt. Wir freuen uns auch sehr auf Ihren Besuch an unserem Stand in der Industrieausstellung und sind gespannt auf anregende Diskus- sionen.

Mit herzlichen Grüßen,

Ihr



» Jeder Politiker in Deutschland muss wissen, dass jeder dritte oder vierte Notarztwagen einen neurologischen Notfallpatienten transportiert! «

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Wolfgang Oertel
1. Vorsitzender des DGN

Dieser Kongress ist auch Ihr Kongress!

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie heißt Sie und insbesondere alle Mitglieder des Bundesverbandes Deutscher Neurologen (BDN) und des Bundesverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN) herzlich zur 85. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) in Hamburg willkommen.

In den letzten Jahren hat sich zwischen den Berufsverbänden BDN und BVDN einerseits und der überwiegend wissenschaftlichen Fachgesellschaft DGN andererseits ein belastbares Vertrauensverhältnis entwickelt. Inhaltlich überlappen sich die Ziele der drei Partner: eine in der Fläche fachlich gute ärztliche Versorgung der neurologisch Erkrankten zu garantieren und in der Forschung die Ursachen neurologischer Erkrankungen zu finden, damit diese in der Praxis und Klinik besser diagnostiziert, behandelt, wenn nicht geheilt oder sogar verhindert werden können. Gemeinsam kann man die Schwerpunkte der Tagesaufgaben wie zum Beispiel gezielte Mitgliederwerbung und -information, Förderung der Versorgungsforschung und die gemeinsame Vertretung von gesundheitspolitischen und finanziellen Bedürfnissen der Mitglieder besser bewältigen.

Gerade in einer Zeit, in der die demografische Entwicklung zwangsläufig zu einer dramatischen Erhöhung der neurologischen Erkrankungen führt – hier seien nur Schlaganfall, Alzheimer-Demenz, Parkinson-Krankheit und auch die Epilepsie im fortgeschrittenen Alter genannt – gilt es, die Kolleginnen und Kollegen nicht mehr nur für die Wissenschaft, sondern auch für die Tätigkeit in der Breite zu fördern und zu gewinnen. Hierzu gehört zum Beispiel die gezielte Mitgliederwerbung, auch von nicht-niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, um unsere Partner in der niedergelassenen Praxis zu unterstützen.

Auch die Versorgungsforschung ist ein Bereich, den die DGN mittlerweile massiv unterstützt, und wir haben das Glück, dass in unseren Reihen an den Universitätsklinika hoch qualifizierte international sichtbare Experten in der Versorgungsforschung tätig sind. Diese Gemeinsamkeiten gilt es weiter zu stärken. Ziel ist es, mit einer Stimme bei den Gesundheitspolitikern auf Landesebene und Bundesebene aufzutreten. Denn jeder Politiker in Deutschland muss wissen, dass jeder dritte oder vierte Notarztwagen einen neurologischen Notfallpatienten transportiert. Jeder Politiker in Deutschland muss wissen, dass von den 80 teuersten Erkrankungen alleine 17 im Fach Neurologie betreut werden. Und jeder Politiker sollte wissen, dass die Neurologen derzeit zusammen mit den Psychiatern bereits mindestens ein Drittel des gesamten Gesundheitsetats verwenden, um die Gesundheit

des Gehirns der deutschen Bevölkerung soweit wie möglich zu sichern.

Der BDN wird mehrere Sitzungen auf dem DGN-Forum während der DGN-Jahrestagung bestreiten. Bitte nutzen Sie diese Gelegenheit, sich zu informieren. Zum Beispiel darüber, wie positiv sich – trotz aller weiterhin bestehenden Schwierigkeiten – die Situation der Neurologen in Deutschland in den letzten vier bis fünf Jahren insgesamt entwickelt hat. Treten Sie dem BDN bei, so wie Sie auch Mitglied der DGN sind. Denn nur ein starker Berufsverband ist in der Lage, die gesundheitspolitischen und auch die finanziellen Bedürfnisse und Forderungen der Neurologen und Nervenärzte angemessen zu vertreten. Insofern unterstützt die DGN jede Maßnahme, die die Berufsverbände BDN und BVDN stärken.

Der Jahreskongress 2012 bietet mit seinem wissenschaftlichen Programm, der Fortbildungsakademie und dem vor einem Jahr geschaffenen berufspolitischen DGN-Forum hoffentlich jedem Teilnehmer – sei es der Expertin in der neurowissenschaftlichen Grundlagenforschung oder dem Facharzt in der Einzelpraxis in einer dünnbesiedelten Region Deutschlands – ausreichende Möglichkeiten, sich über bewährte Standards in Diagnose und Therapie zu informieren und andererseits von neuen Entwicklungen in der Wissenschaft und der ärztlichen Versorgung zu profitieren.

Ich sehe hinsichtlich der guten Zusammenarbeit von BDN, BVDN und DGN weiter optimistisch in die Zukunft. Liebe jetzige und zukünftige Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie, ich freue mich, Sie persönlich im September 2012 Hamburg begrüßen zu dürfen. Denn dieser DGN-Kongress ist auch Ihr Kongress!

Im Namen des Vorstandes der DGN,

Ihr



Neurologie im Aufwind

Neurologen behandeln immer mehr Menschen immer besser. Die therapeutischen Möglichkeiten wachsen dabei stetig, und auch bei den Honoraren konnten wir zuletzt endlich aufholen. In dieser Sonderausgabe zum 85. DGN-Kongress 2012 haben wir für Sie zu den Themen „Ausbildung“, „Gesundheitspolitik“, „Ökonomie“ und „Kommunikation“ ein Bündel lesenswerter Beiträge zusammengestellt, die diesen Aufwind dokumentieren sollen.

Zu Beginn dieser Ausgabe stellen wir Ihnen aber zunächst die Ziele und Strategien des BDN sowie die Menschen mit Bild vor, die unseren Verband durch ihr Engagement erst mit Leben erfüllen: Vorstände, Beisitzer, Landessprecher und nicht zuletzt die Mitarbeiter der Geschäftsstelle in Krefeld, die Ihnen stets mit Rat und Tat zur Seite stehen.

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
Heike Grosse (Redaktion dieser Sonderausgabe)

Schriftleitung dieser Sonderausgabe:

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

Titelbild:

© shutterstock.com

3 Editorial

5 Geleitwort

Vorgestellt

10 Wer ist wer und wo beim BDN?

12 Ziele und Strategien des BDN im Überblick

Wofür sich Ihr Berufsverband einsetzt

Ausbildung

20 Das Fach stärken und Nachwuchs rekrutieren

Nachwuchsausbildung in der Neurologie

24 Professionelle Öffentlichkeitsarbeit

Junge Neurologen – ein Update

27 Neurogeriatrie und Gerontopsychiatrie

Facharzt-Schwerpunkte für Neurologen und Psychiater

31 Pflichttertial Allgemeinmedizin

Zwiespältige Idee scheitert an Studentenprotesten

Gesundheitspolitik

34 Neuropsychologie wird Kassenleistung

Neue Richtlinie verabschiedet

36 Versorgung in der Neurologie

Was die „spezialfachärztliche Versorgung“ bringt

37 Morbidität erfassen und abbilden

Versorgungsbedarfe in der Neurologie

38 Besser primär fachspezifisch oder nicht?

Die Neurologie in der zentralen Notaufnahme

Anzeige

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),
Kapuzinergraben 19, 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: Dr. med. Gunther Carl (gc) (verantwortlich), Friedenstr. 7,
97318 Kitzingen, Tel.: 09321 5355, Fax: 09321 8930, E-Mail: carlg@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

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); Heike Grosse (-1311);
Dr. Thomas Riedel (-1327); 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. 14 vom 1.10.2011

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 30 Tage vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

Bezugspreise: Einzelheft: 22 €. Jahresabonnement: 203 €. Für Studenten/AIP: 142 €. Versandkosten jeweils: Inland 28 €, Ausland 40 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 49,95 € 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 Fernsehauflage 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 2012

Ökonomie

- 40 Neurologen haben aufgeholt**
Vertragsärztliche Honorarentwicklung
- 48 Umfassende Daten – gerechtere Honorare**
Auswertung des ZI-Praxis-Panels 2010
- 51 Von der Schätzometrie zur betriebswirtschaftlichen Berechnung**
BÄK-Vorschlag zur neuen GOÄ

Kommunikation

- 55 Spannende Internetseiten und Apps im Überblick**
Die Neurologie im Web
- 58 Durch die BDN-Plattform rundum informiert**
Mehrwert durch www.neuroscout.de
- 60 Relaunch der „Neurologen und Psychiater im Netz“**
Neues Layout, bessere Inhalte ab November
- 62 Kompetenznetz MS zieht positive Bilanz**
Bericht über die erste Förderperiode und Ausblick

- 9 Impressum**
- 66 Pharmaforum**
- 72 Verbandsservice**

Wer ist wer und wo – der BDN im Überblick

Um transparenter zu machen, wer beim BDN welche Funktion hat und wo Ihnen bei Fragen geholfen wird, haben wir diese und die folgenden Übersichtsseiten für Sie gestaltet. Für alle Belange, die Sie als Mitglied des BDN betreffen, stehen Ihnen Dagmar Differt-Fritz oder Thorsten Seehagen in Krefeld gerne zur Verfügung.

Unsere Geschäftsstelle in Krefeld



Die Geschäftsstelle des BDN,
des BVVN und des BVDP

Gut Neuhof
Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld

So können Sie uns erreichen:
Telefon 02151 45 46 920
Telefax 02151 45 46 925

Wir sind für Sie da:
Montag bis Freitag von
9.00 bis 17.00 Uhr



Leiterin der
Geschäftsstelle

Dagmar
Differt-Fritz

bdn-neurologen
@t-online.de



Mitarbeiter

Thorsten
Seehagen

bdn-neurologen
@t-online.de

Der Vorstand des BDN



Vorsitzender
Dr. med. Uwe
Meier

umeier@
t-online.de



Vorsitzender
Prof. Dr. med.
Christian
Gerloff

gerloff@
uke.de



Kassenwart
Dr. med. Karl-
Otto Sigel

karl.sigel@
gmx.de



Schriftleiter
Prof. Dr. med.
Heinz Wiendl

heinz.wiendl@
ukmuenster.de

Beisitzer



Dr. med.
Dipl.-Psych.
Heinz Herbst

heinz.herbst@
t-online.de



PD Dr. med.
Elmar Busch

busch@
evk-ge.de



Prof. Dr. med.
Peter Berlit

peter.berlit@
krupp-kranken-
haus.de



Dr. med. Frank
Bergmann

bergmann@
bvdn-nordr-
hein.de

Der BDN – auch in der Hauptstadt vertreten

Unsere Hauptstadtrepräsentanz wird für Kontakte, Gespräche mit Politikern und Arbeitssitzungen genutzt. Diese Repräsentanz befindet sich in den Geschäftsräumen der DGN, seit August 2012 unter der neuen Adresse Reinhardtstrasse 27C.

Unsere Repräsentanz in Berlin



Der BDN in den Räumlichkeiten der DGN:

Reinhardtstrasse 27C
10117 Berlin

Die geballte neurologische Kompetenz in der Reinhardtstrasse 27C

Die Geschäftsräume der DGN nutzen auch andere Fachgesellschaften als Repräsentanz, die sogenannten Schwerpunktgesellschaften der DGN. Sie sind im Folgenden aufgeführt:



Die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG)



Die Deutsche Gesellschaft für NeuroIntensiv- und Notfallmedizin (DGNI)



Die Deutsche Migräne- und Kopfschmerz-Gesellschaft (DMKG)



Die Deutsche Parkinson-Gesellschaft (DPG)



Deutsche Gesellschaft für Epileptologie (DGE)



Die Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR)



Der Ärztliche Beirat der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft

Der Berufsverband Deutscher Neurologen

Aufgaben, Organisation und Strategie

In den letzten Jahren beziehungsweise Jahrzehnten hat sich mit wachsenden Aufgaben eine komplexe Struktur von Verbänden, Gesellschaften und assoziierten Organisationen entwickelt, die zuweilen unübersichtlich erscheint. Wir möchten deshalb dem Wunsch vieler Kollegen folgen und in diesem Beitrag die Strukturen, Aufgaben und Organisation eines Berufsverbandes im Allgemeinen und insbesondere des Berufsverbandes Deutscher Neurologen (BDN) darstellen.

Mit den politischen Rahmenbedingungen verhält es sich wie mit dem zweiten Hauptsatz der Thermodynamik: Chaos stellt sich in einem System von alleine ein, wenn ein Zustand der Ordnung nicht mit Energie von Außen versorgt wird. Analog verschlechtern sich politische Rahmenbedingungen von alleine, wenn wir uns nicht kümmern. Wir

können unterstellen, dass die meisten von uns aus Leidenschaft Ärzte und aus noch mehr Leidenschaft Neurologen geworden sind. Damit diese Begeisterung nicht von den täglichen politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen des Versorgungsalltags ausgebremst wird, müssen wir es als kollektive Aufgaben aller Neurologen begreifen, uns zusammen mit den

Vertretern der Fachgesellschaften und der Berufsverbände dafür einzusetzen, dass sich die Versorgungsbedingungen verbessern, und vorzubeugen, dass diese sich nicht verschlechtern.

Aufgaben eines Berufsverbandes

Wissenschaftliche Fachgesellschaften haben die Aufgabe, die wissenschaftlichen

Die Landessprecher des BDN



Baden-Württemberg (bis Juli 2012)
Dr. med. Heinz Herbst



Bayern
Dr. med. Karl-Otto Sigel
karl.sigel@gmx.de



Berlin
Dr. med. Walter Raffauf
raffauf@neuropraxismitte.de



Brandenburg
Dr. med. Martin Delf
dr.delf@neuroprax.de



Brandenburg
Dr. med. Frank Freitag
freitag@nervenzentrum-potsdam.de



Anspruchspartner Bremen
Dr. med. Helfried Jacobs



Hamburg
Dr. med. Heinrich Goossens-Merk
dr.goossens-merkt@neurologie-hamburg.net



Hessen
Dr. med. Thomas Briebach
praxis@nervenarzt-friedberg.de



Mecklenburg-Vorpommern
Dr. med. Liane Hauk-Westerhoff
liane.hauk-westerhoff@nervenaerzte-rostock.de



Niedersachsen
Dr. med. Elisabeth Rehkopf
elisabeth.rehkopf@web.de



Nordrhein
Dr. med. Uwe Meier
umeier@t-online.de



Rheinland-Pfalz
Dr. med. Günther Endrass
g.endrass@gmx.de

Aspekte eines Fachgebietes zu repräsentieren und national wie international zur organisieren. Dies beinhaltet unter anderem Kongressorganisation, Leitlinienentwicklung, Weiterbildung, wissenschaftliche Stellungnahmen und Öffentlichkeitsarbeit. Komplementär hierzu ist medizinisches Handeln in politische Rahmenbedingungen, Gesetze und Richtlinien eingebettet. Hieraus leiten sich viele politische Aufgaben ab, für die ein Berufsverband zuständig ist.

Berufsverbände sind die legitimierte Vertretung vor den Institutionen der Selbstverwaltung wie Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), Politik und Kostenträgern. Die Berufsverbände sind bei den Institutionen gelistet, werden systematisch informiert und angehört. Diese politische Vertretung einer Fachgruppe ist unbedingt notwendig und unseres Wissens gibt es keine Fachgruppe, die es sich leisten könnte, keinen eigenen Berufsverband für ihre Interessenvertre-

tung zu entsenden. Im Gegenteil: Man hat bei Berufsverbandstreffen wie zum Beispiel bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) oder der Ärztekammer sogar den Eindruck, dass die Partialinteressen einzelner Disziplinen inflationär durch Verbände vertreten werden, was konfliktreich und kontraproduktiv sein kann. Jedes Fachgebiet wird aus diesem Grund von einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft und einem Berufsverband vertreten, die wie zwei Seiten einer Medaille die spezifischen Interessen einer Disziplin nach außen repräsentieren.

Überschneidungen zwischen wissenschaftlichen und politischen Zielen

Natürlich gibt es Überschneidungen zwischen wissenschaftlichen und politischen Zielsetzungen. Idealerweise arbeiten Fachgesellschaft und Berufsverband eng zusammen. Die Vorstände von DGN, BDN und BVDN können dies für die Neurologie sicherstellen, indem hier

enge Absprachen erfolgen, Arbeitsgremien gemeinsam besetzt werden, regelmäßige vorstandsübergreifende Arbeits-sitzungen und Telefonkonferenzen abgehalten werden und vieles mehr. Nicht zuletzt wird dies auch strukturell dadurch verstärkt, dass der BDN sein Hauptstadtbüro in den Räumlichkeiten der DGN unterhält (siehe „Vorgestellt“, Seite 10 f.).

Die wirtschaftliche Seite der Neurologie – EBM/GOÄ/DRG

Engagierte Neurologie muss sich lohnen. Wir werden nicht müde zu betonen, dass wir schwerstkranke Patienten behandeln, Patienten mit den häufigsten und schwersten Behinderungen, höchsten direkten und indirekten Kosten und nicht zuletzt die Patienten, die aufgrund einer Hirnschädigung häufig ihrer Fähigkeit beraubt sind, sich für ihre Interessen selbst angemessen einzusetzen. Mit anderen Worten: Neurologie ist aufwändig und zeitintensiv. Dies muss sich auch in einer angemessenen Honorierung widerspiegeln. Der Berufsverband ist in die Weiterentwicklung der neurologischen Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) einbezogen und wird von der KBV und der Bundesärztekammer (BÄK) angehört. Wir verraten hier kein Geheimnis, wenn wir klarstellen, dass es sich dabei nicht um ein Wunschkonzert, sondern um schwierige und zähe Verhandlungen um gleichsam begrenzte wie umkämpfte Ressourcen handelt. Lesen Sie hierzu auch die Artikel zu den Themen „Honorare“ (Seite 40 ff.), „ZI-Praxis-Panel“ (Seite 48 f.) und „GOÄ“ (Seite 51 f.) in dieser Ausgabe.

Klare Position des BDN: Vergütung muss gerecht sein

Der BDN hat zum diesem Thema eine klare Position: Die Vergütung neurologischer Leistungen muss bei fachgruppenübergreifender Perspektive den hohen Versorgungsaufwand abbilden und bei fachgruppeninterner Betrachtung leistungsgerecht sein. Dies bedeutet auch gleiches Geld für gleiche Leistungen – unabhängig davon, wer die Leistungen erbringt (fachliche Qualifikation vorausgesetzt) und in welchem Bundesland diese erbracht werden. Diesen Forderungen



Saarland
Dr. med.
Richard Rohrer
rohrer@zns-igb.de



Sachsen
Dr. med. Elke
Wollenhaupt
elke.wollenhaupt@web.de



Landessprecher
Sachsen-Anhalt
Dr. med. Michael
Schwalbe



Schleswig-Holstein
Dr. med.
Uwe Meyer-Hülsmann
uwemh@t-online.de



Thüringen
Dr. med. Dirk
Neubert
dirk@neubert.net



Westfalen
Dr. med. Klaus
Gorsboth
gorsboth.bvdn@gmx.de



Westfalen
Dr. med.
Martin
Bauersachs
info@klemtbauersachs.de

© Silvia De Negrì

stehen die Abrechnungssystematik auf Bundesebene und die föderalen Strukturen entgegen. Was wir hier bisher erreichen konnten und was die weiteren Ziele sind, lesen Sie auf den Seiten 48 f. in dieser Sonderausgabe.

Neue Versorgungsformen und -konzepte

Das Gesundheitssystem ist in mehrfacher Hinsicht gegliedert: Die Sozialgesetzbücher definieren die Zuständigkeiten der gesetzlichen Krankenkassen, der Rentenversicherungen, der Pflegekassen sowie der gesetzlichen Unfallversicherungen. Eine weitere, von Ausnahmen abgesehen noch durchlässige, Gliederung betrifft die Unterteilung in den ambulanten, stationären und Rehabilitationssektor. Diese Vielzahl der Schnittstellen schafft gerade für chronische Patienten erhebliche Probleme. Eine Patientenorientierte Versorgung sollte sich an den Bedarfen der Patienten orientieren und nicht an den Zuständigkeiten und Sachzwängen des Systems.

Ein erhebliches Problem stellt hierbei auch die jeweils eigenständige Finanzierung der einzelnen Sektoren durch die jeweils zuständigen Kostenträger dar. Hier werden die Ressourcen nicht immer Patienten-orientiert verteilt, sondern es

» Berufspolitik geht uns alle an. Neurologen brauchen eine starke Interessenvertretung von Neurologen für Neurologen. «

kommt durch Schonung der jeweiligen Budgets zu Kostenverschiebungen, die eine bedarfs- und Patienten-gerechte Versorgung oft ver- oder behindern. Die Berufsverbände haben aus diesem Grund schon immer versucht, im Rahmen der jeweiligen Sozialgesetze die Möglichkeiten neuer Versorgungsformen auszuloten und eigene Konzepte zu entwickeln.

Integrierte Versorgung

Seit der Gesundheitsreform 2004 haben wir insbesondere integrierte Versorgungskonzepte entwickelt und gefördert, zusammen mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Patientenverbänden und Kostenträgern. Diese Konzepte sind für einige Indikationen und in einigen Regionen realisiert worden, mit zum Teil

guten Erfolgen (siehe auch den Vortrag „Integrierte Versorgung“ in den Veranstaltungshinweisen auf S. 18 in dieser Ausgabe). Bisher ist der Paragraph 140 noch keine bedeutsame Alternative oder Ergänzung zu den Kollektivverträgen, weil er derzeit noch keine flächendeckende Umsetzung integrierter Versorgungsverträge zulässt beziehungsweise nicht genügend Anreize bietet.

Wir haben bei der Entwicklung und Umsetzung von integrierten Versorgungskonzepten in den letzten Jahren sehr viel lernen und Verhandlungserfahrung gewinnen können. Diese Erfahrung haben die Berufsverbände in einen Versorgungsvertrag einbringen können, der mit der KBV zusammen entwickelt und den Krankenkassen angeboten wurde. Die derzeitigen Ziele der Berufsverbände sind es, diesen Versorgungsvertrag in einen eigenen Versorgungsbereich zu überführen. Die Verbände stehen hier zur Kasernenärztlichen Bundesvereinigung, der Politik und den Krankenkassen in engem Kontakt.

Netzwerkbildung und sektorübergreifende Kooperationen

Außerdem haben sich die Berufsverbände in der Vergangenheit intensiv für die Bildung und Förderung von Netzwerken

eingesetzt. Denn neue Versorgungsstrukturen und -verträge beziehungsweise Versorgungsverträge innerhalb der Kollektivverträge brauchen Strukturen, in denen diese Konzepte umgesetzt werden. Das Rückgrat hierfür sind Behandlungspfade mit klar definierten Versorgungsaufträgen, Zuständigkeiten und insbesondere Schnittstellen. Dazu braucht man Netzwerke und Kooperationen zwischen Praxen, Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen – sowohl innerhalb unseres Fachgebietes als auch zusammen mit anderen Disziplinen. Die Berufsverbände haben für diese Netzwerke das Label „Netzwerke ZNS“ vorgeschlagen. Diese ZNS-Netze haben sich inzwischen bundesweit in einer Vielzahl entwickelt, einige Netze haben sogar

schon eigene Versorgungsverträge abgeschlossen. Die Verbände setzen sich weiter für die Entwicklung der Netze ein, insbesondere aber auch für die politischen und sozialen gesetzlichen Rahmenbedingungen, um hier zukünftig die Anreize zu verbessern.

Weiterbildung

Auch in die Gestaltung der Weiterbildung sind die Berufsverbände grundsätzlich als von einer Fachgruppe legitimierte Vertreter vor den Ärztekammern eingebunden. Zusammen mit den Fachgesellschaften werden die Inhalte der Weiterbildungen festgelegt.

Neurologischer Facharzt mit möglichst breitem Spektrum

Grundsätzlich setzt sich der BDN im Konsens mit BVDN und DGN dafür ein, in der Facharztweiterbildung das Fach der Neurologie mit einem möglichst breiten Spektrum repräsentiert zu sehen. Es ist uns ein Anliegen, die neurologische Weiterbildung nicht zu „entkernen“. Gegen diesen Standpunkt spricht, dass sich die Neurologie zunehmend in Teilbereichen spezialisiert und dieses Expertenwissen während der Weiterbildungszeit kaum auch nur annähernd erworben werden kann. Dies kann und soll auch nicht Aufgabe der Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Neurologie sein. Jeder Facharzt für Neurologie sollte über ausreichend Grundkenntnisse der vaskulären Neurologie, der extrapyramidalen und neuroimmunologischen, der Epileptologie, der neuroorthopädischen und neurootologischen Krankheiten etc. verfügen, ebenso wie über ausreichende Grundkenntnisse der Neurosonologie, der Neurophysiologie, Neuroradiologie etc. Jeder Neurologe muss eine Multiple Sklerose, einen Morbus Parkinson und eine Epilepsie behandeln können. Und nur ein Facharzt für Neurologie kann so über das notwendige Wissen verfügen, wann ein Patient eine spezialisierte neurologische Abteilung konsultieren muss oder in einer solchen weiterbehandelt werden muss.

Gefahr der Entwertung des Facharztes

Jede Externalisierung von Spezialwissen aus dem Facharzt heraus in eine Zusatzbezeichnung oder eine anders geartete

Spezialisierung (wie bei Internisten oder Chirurgen) führt zu einer Entwertung des Facharztes, der die Sicherstellung der Patientenversorgung gefährdet. Es bestehen außerhalb der institutionalisierten Weiterbildungen ausreichend Möglichkeiten, sich zu spezialisieren und diese Spezialisierung kenntlich zu machen. Vor allem gilt es berufspolitisch sicherzustellen, dass nicht Teilbereiche der Neurologie an andere Fachgruppen verloren gehen. Es sei denn Fachkenntnisse und Versorgungsstrukturen differenzieren sich so ausgewiesen, dass dies aus versorgungspolitischen Gründen unvermeidbar ist – wie etwa in der Neuroradiologie. Ansonsten ist es nicht verhandelbar, dass zum Beispiel Geriatrie, Schmerztherapie, Aphasiologie, Neurootologie, Neuroophthalmologie und Kenntnisse der kognitiven und affektiven Aspekte der Hirnfunktionen, sprich Neuropsychologie und Neuropsychiatrie, obligater Bestandteil der Facharztweiterbildung sind, um nur einige Grenzbereiche zu nennen.

Ein aktuelles und brisantes Thema ist die Frage, wie sich die Geriatrie aufgrund eines Vorstoßes der Internisten künftig im Kanon der Weiterbildungsordnungen platziert (siehe hierzu auch den Artikel auf S. 27 f. in dieser Ausgabe) und wie die Neuropsychologie aufgrund der Zulassung als psychotherapeutisches Verfahren in der Neurologie verankert ist.

Qualitäts- und Risikomanagement

Der BDN hat sich dafür ausgesprochen, Zertifizierungen nur dort zu befürworten, wo ein besonderer politischer Bedarf dies rechtfertigt. Dies war beispielsweise bei der Etablierung der Stroke Units der Fall. Ohne Zertifizierung hätte sich dieses Erfolgsmodell nicht durchsetzen können. Dort, wo sich keine politischen Notwendigkeiten ergeben, generieren Zertifizierungen nur vermehrt Bürokratie, sind innerhalb unserer Fachgruppe protektionistisch und führen zur Schwächung des Kernfaches. Diese Position wird von der DGN und den Verbänden einheitlich so vertreten und wird auch von den anderen neurologischen Spezialfachgesellschaften so gesehen. Dies heißt nicht, dass Spezialkenntnisse auch innerhalb der Neurologie nicht ausgewiesen werden können und sollten, allerdings nicht durch institutionelle Abgrenzung,

sondern im Rahmen von intelligenter Vernetzung.

Der BDN hat sich intensiv mit Qualitäts- und Risikomanagement befasst. Zusammen mit der eigens für diesen Zweck gegründeten QM-Akademie Athene hat der BDN zusammen mit dem BVDN und dem BVDP ein QM-System und Muster-QM-Handbücher entwickelt sowie ein Handbuch zum Risikomanagement in der Neurologie verfasst. Mit der KBV stehen die Verbände im engen Kontakt etwa bei der Implementierung des QUEP-Systems.

Öffentlichkeitsarbeit

Neurologie ist faszinierend, gilt aber für Studenten und andere Ärzte auch als schwieriges Fach. Entsprechend kompliziert ist es auch, für die allgemeine Öffentlichkeit, aber auch für Krankenkassenvertreter und Politiker zu verstehen, was Neurologen eigentlich machen – obwohl Epidemiologie und Medizinökonomie eine deutliche Sprache sprechen. Neurologische Erkrankungen gehören zu den teuersten und häufigsten Krankheiten. Dies müssen wir immer wieder in der Öffentlichkeit deutlich machen. Wir kennen dies aus der Notfallambulanz: Die Patienten, die am lautesten schreien, sind nicht immer die bedürftigsten. Wir müssen die vornehme Zurückhaltung der Neurologen in der Vergangenheit weiter überwinden und eine breitere Masse über die Bedeutung der neurologischen Krankheiten informieren.

Unsere Öffentlichkeitsarbeit haben wir in den letzten Jahren professionalisiert, systematisiert und erweitert. Mittlerweile sind unsere öffentlichen Internetseiten die mit Abstand am meisten gelesenen, die Anzahl der Pressemeldungen ist beachtlich. Derzeit befindet sich die Homepage der Neurologen und Psychiater im Relaunch (siehe Artikel Seite 60 f. zum Thema „Neurologen und Psychiater im Netz“ in dieser Ausgabe). Die Pressearbeit der Berufsverbände und der Fachgesellschaften werden in enger Abstimmung koordiniert. Ein Beispiel für ein erfolgreiches gemeinsames Projekt sind die Neurologietage – Neurologie Direkt, die seit 2011 in bundesweiten Veranstaltungen die großen Themen der Neurologie aufgreifen und von gemeinsamer Pressearbeit begleitet werden.

Politik, Verbände, Arbeitsgremien

Politik heißt auch Lobbyismus. Dies kann man kritisieren oder auch wertneutral sehen, schließlich gehört es zum Wesen der Demokratie, dass Bürger von der Politik angehört werden und diese Anhörungen zu großen Teilen über Interessengruppen, unter anderem über Patienten und Ärzteverbände erfolgen. Wer sich hier nicht positioniert, kann auch keine Veränderungen von der Politik erwarten. Ohne diese Interessenvertretung geht es nicht. Als kleiner Verband ist unser Handlungsspielraum begrenzt. Darüber hinaus gilt es aber auch übergeordnete Interessen, etwa die der Fachärzte oder der „ZNS-Ärzte“ zu vertreten. So sind alle fachärztlichen Berufsverbände national in der „Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände“ (GFB) zusammengeschlossen, der analog zum Hausarztverband die spezifischen Interessen der Fachärzte vertritt. International sind die GFB und die Fachärzte in der UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) vertreten. Diese Gremienarbeit ist zeitintensiv, mühsam aber unverzichtbar. Ganz besonders möchten wir an dieser Stelle Frank Bergmann aus Aachen danken, der als Vorsitzender des BVDN, aber auch als Vorstandsmitglied des BDN die Sache der Neurologen unermüdlich in der GFB vertreten hat. Kollege Jungmann aus dem Saarland hat seit vielen Jahren die Neurologen international bei der UEMS vertreten, auch hierfür vielen Dank.

Die Arbeitsgemeinschaft ZNS

Verständlicherweise gibt es auch innerhalb der Fachärzte Partialinteressen. Um den besonderen Stellenwert der ZNS-Erkrankungen gegenüber Krankenkassen und Politik zu vertreten, haben wir eine Interessengemeinschaft gegründet: die „Arbeitsgemeinschaft ZNS“. Es ist in der Berufspolitik wie in der „großen“ nationalen, europäischen oder globalen Politik: Es braucht Koalitionen, um grundlegende Positionen durchzusetzen. Neben den oben genannten Vernetzungen ist ein enger Zusammenschluss mit dem BDVN und BVDP auf Berufsverbandsseite und DGN und DGPPN auf Seiten der Fachgesellschaften wichtig. Eine Spaltung würde uns an den Rand der Bedeutungslosigkeit drängen, auch

BDN-Forum 2012 – Die Zukunft der Neurologie: Versorgungsbedarfe und Ressourcen

28.9.2012, Saal 7, 1. OG

Vorsitz: Dr. Uwe Meier, Grevenbroich, Dr. Frank Bergmann, Aachen

09.00 – 09.10 Uhr

Impulsvortrag: Zukunft der Neurologie – Versorgungsbedarfe

Dr. Uwe Meier, Vorsitzender BDN

09.10 – 09.20 Uhr

Impulsvortrag: Zukunft der Neurologie – die großen Trends

Prof. Dr. Wolfgang Oertel, Präsident der DGN

09.20 – 10.05 Uhr

Hauptvortrag: Das Gesundheitssystem der Zukunft bei begrenzten Ressourcen

Dr. Fritz Beske, Direktor des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel (IGSF)

10.05 – 10.30 Uhr **Diskussion**

Mitgliederversammlung BDN 2012

28.9.2012, 10.30 – 12.00 Uhr, Saal 7, 1. OG

Integrierte Versorgung Multiple Sklerose Rheinland: Sechs Jahre innovative Versorgung – Einblicke und Perspektiven

28.9.2012, Saal F, 2. OG

Vorsitz: Prof. Dr. Heinz Wiendl, Münster, und Matthias Mohrmann,

Vorstand AOK Hamburg/Rheinland

Teil 1: Integrierte MS-Versorgung im Rheinland

15.30 – 15.40 Uhr

Hintergründe, Konzept, Vertragsgrundlage

Dr. Dieter Pöhlau, Asbach, Vorstand DMSG NRW

15.40 – 16.00 Uhr

Fünf Jahre integrierte Versorgung: Eine (Daten-)Analyse aus Sicht des niedergelassenen Neurologen

Dr. Gereon Nelles, Köln

16.00 – 16.10 Uhr

Die Bedeutung der integrierten Versorgung aus Sicht des Kliniklers

Prof. Dr. Volker Limmroth, Köln

16.10 – 16.20 Uhr

Die Bedeutung der integrierten Versorgung aus Sicht der Kostenträger

Matthias Mohrmann, Mitglied des Vorstandes AOK Rheinland/Hamburg)

16.20 – 16:30 Uhr

Perspektiven und Weiterentwicklung: Ressourcenorientierte Konzepte im Rahmen der IGV

Dr. Uwe Meier, Grevenbroich, Sabine Schipper, Geschäftsführerin DMSG NRW

Teil 2: Diskussion

16.30 – 16.35 Uhr

Impulsvortrag zur Einleitung der Diskussion: Erfahrungen zur integrierten

Versorgung MS in Rheinland-Pfalz

Dr. Günther Endrass, Grünstadt

Diskussion im Plenum

wenn dies naturgemäß zuweilen Kompromisse beinhaltet. Und nur eine gemeinsame Lobbypolitik kann erfolgreich sein: in den oben genannten übergeordneten Zusammenhängen, aber auch in Gesprächen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Politik in Form von Anhörungen, sogenannten parlamentarischen „Frühstücks-“ oder anderen Sitzungen und in beziehungsweise gegenüber den Gremien der Institutionen der Selbstverwaltung.

Organisation

Die Aufgaben der Berufsverbände sind über die Jahre immer komplexer geworden. Neben einer professionellen Geschäftsstelle in Krefeld und einem Hauptstadtbüro in Berlin haben wir einige Unterorganisationen gegründet beziehungsweise pflegen für spezielle Aufgabenbereiche Kooperationen. Einige seien hier kurz aufgeführt:

— Das „Deutsche Institut für Qualität in der Neurologie“ (DIQN) sammelt systematisch Daten zur Versorgung und zur Epidemiologie und unterstützt die „Jungen Neurologen“.

— Für die Öffentlichkeitsarbeit „Neurologen-im-Netz“ und „Neurologen-und-Psychiater-im-Netz“ sowie für die Pressearbeit wird die Monks – Ärzte im Netz GmbH beauftragt.

— Die QM-Akademie Athene entwickelt neurologische QM-Systeme, führt Schulungen durch und hat die Verbände in der operationalen Abwicklung von IV-Verträgen unterstützt.

— Die Managementgesellschaft Cortex ist unter anderem im Auftrag der Verbände für die finanztechnische Abwicklung von Veranstaltungen zuständig.

— Der Verbandsjurist ist Dr. Ingo Pflugmacher von der Sozietät Busse und Miessen aus Bonn. □

AUTOREN

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Prof. Dr. med. Christian Gerloff,
Hamburg-Eppendorf

Lehre und Assistentenausbildung in der Neurologie

Das Fach stärken und Nachwuchs rekrutieren

In den letzten beiden Dekaden hat die Neurologie einen erheblichen Wandel durchgemacht: Sie hat sich von einem kleinen, elektiven, weitgehend diagnostischen Fach zu einer großen medizinischen Disziplin entwickelt, mit einem hohen Anteil an Notfall-Patienten und vielfältigen, differenzierten therapeutischen Möglichkeiten. In der medizinischen Ausbildung spiegelt sich diese Veränderung aber nicht wieder. Neurologie wird erst in den höheren Semestern unterrichtet und nimmt einen kleinen Platz im Studium ein. Veränderungen in der Lehre könnten diese Situation verbessern.

Unser Fachgebiet gilt von jeher als „kompliziert“. Als Ursache einer „Neurophobie“ unter den Studierenden hatte Jozefowicz bereits 1994 ausgemacht: die Aufsplitterung der Ausbildung in viele Subdisziplinen wie Neuroanatomie, -physiologie, -pathologie, -psychologie, -pharmakologie etc. sowie die mangelnde Integration der Grundlagenfächer in die

klinische Ausbildung [5]. Daran hat sich bis heute grundsätzlich wenig geändert: Hierzulande wird Neurologie an den meisten medizinischen Fakultäten erst in den fortgeschrittenen klinischen Semestern, häufig erst im fünften Studienjahr gelehrt. Dabei nimmt das Fach im Stundenplan in der Regel einen kleinen Platz ein.

Das Fach Neurologie und die Generation Y

Zum fachspezifischen Profil kommen als weitere Herausforderungen grundlegende Entwicklungen der Mediziner-Ausbildung und veränderte Erwartungen der nachwachsenden Ärztegeneration: Die Generation der nach 1980 geborenen Ärzte – es hat sich der Terminus „Generation Y“ etabliert – stellt neue Anforderungen an Studium, Berufsausbildung – und vor allem an die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben. C.E. Schmidt hat die Grundeinstellung als „Leben beim Arbeiten“ definiert – im Gegensatz zum „Leben, um zu arbeiten“, der Haltung der meisten Chefs aus der Babyboomer-Generation (1946–1964) [7]. Die Grundzüge der Generation Y und ihre Haltung und Erwartungen sind in **Tabelle 1** zusammengefasst.

Für die Gestaltung von Arbeitsplätzen und Rahmenbedingungen ergeben sich aus den Haltungen und Erwartungen sehr weitreichende Anforderungen. Klinikchefs, Geschäftsführungen und Träger haben vielerorts allenfalls begonnen, sich hiermit „auseinanderzusetzen“. Um die Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus, wo sich die neue Ärztegeneration durchaus längerfristig angesiedelt sieht, aber kontinuierlich und nachhaltig zu steigern, sind noch weitreichendere Veränderungsprozesse erforderlich. Dies wurde vor Kurzem von Frau Hucklenbroich sehr anschaulich dargestellt [3].



© nyul / Fotolia.com

Die Popularität der Neurologie bei jungen Ärztinnen und Ärzten versuchen einige Universitäten bereits durch einen integrierten Ansatz zu verbessern. An den meisten Universitäten nimmt die Neurologie aber einen kleinen Platz ein.

Universitäre Lehre in der Neurologie

In der DGN wurden die Zeichen erkannt. Im Rahmen des „DGN(forum“ wurde 2011 erstmals auf dem Jahreskongress in Wiesbaden eine Veranstaltungsreihe der Nachwuchsproblematik mit ihren Facetten gewidmet. Maßgeblich beteiligt an diesem Engagement sind die Jungen Neurologen (siehe auch der Artikel in dieser Ausgabe von Dr. Arne Hillienhof). Sie sind inzwischen bundesweit an den medizinischen Fakultäten verankert und sehr weitreichend verzahnt [2]. Bezüglich der fachspezifischen universitären Lehre gibt es zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine vergleichende Übersicht. Traditionelle Lehrformen – Hauptvorlesung, Untersuchungskurs, Stationspraktikum – dürften vielerorts noch das Rückgrat der klinisch-neurologischen Ausbildung im Studium bilden, in der Regel zu einem fortgeschrittenen Zeitpunkt im klinischen Studienabschnitt. Gleichzeitig haben sich Reform-Studiengänge etabliert. Internationale Vorreiter sind Harvard/Boston (USA), Hamilton (CDN) oder Maastricht (NL); in Deutschland unter anderem Witten/Herdecke, München (LMU) und die Charité in Berlin.

Lehre in der Neurologie – Umfrage

Im Rahmen dieser Reformstudiengänge kommen zunehmend neue, als zeit- und studierenden-gemäß angesehene Lehr- und Lernformen zum Einsatz: Große Vorlesungen werden ersetzt durch kleinere Seminare, POL (Problem-orientiertes Lernen anhand von konstruierten Fällen) etc. Technische Unterstützung ist dabei hilfreich und wird von den Studierenden gerne angenommen: Web-basierte Planung und Verwaltung des Unterrichtsangebots, Online-Fälle, Videos zu Untersuchungsgang und klinischen Zeichen etc. [4].

Weitere Entwicklungen sind erforderlich. Diese werden sich leichter und zielführender umsetzen lassen, wenn sich die Lehrstuhlinhaber und Lehrbeauftragten der Kliniken abstimmen und neue Formate gemeinsam weiterentwickeln. Als ersten Schritt hierzu haben wir aktuell eine Abfrage unter den Lehrstühlen zur universitären Lehre und den Prüfungsformen in der Neurologie in Deutschland initiiert. Die Ergebnisse wer-

den im Rahmen des „DGN(forum“ auf der diesjährigen DGN-Jahrestagung in Hamburg am 26.9.2012 präsentiert und diskutiert. Diese Initiative kann eine Basis für weitergehende konzertierte Lehr-Kooperationen darstellen.

Reformstudiengänge

An der Universität Witten/Herdecke kommen die Studierenden bereits im dritten Semester intensiv mit der Neurologie in Kontakt: Neuroanatomie und Neurophysiologie werden zusammen mit prägnanten POL-Fällen im Wochenturnus bearbeitet. Thematisch dazu abgestimmt findet über zehn Wochen hinweg der neurologische Untersuchungskurs in der Klinik statt, mit Patientenvorstellungen, praktischer Anleitung und eigenständigen Übungen in kleinen Tutorengruppen. Begleitend dazu werden klinische Sprechstunden und Visitentnahmen angeboten und von den Studierenden sehr geschätzt. Dieser integrierte Ansatz ermöglicht den Studierenden ei-

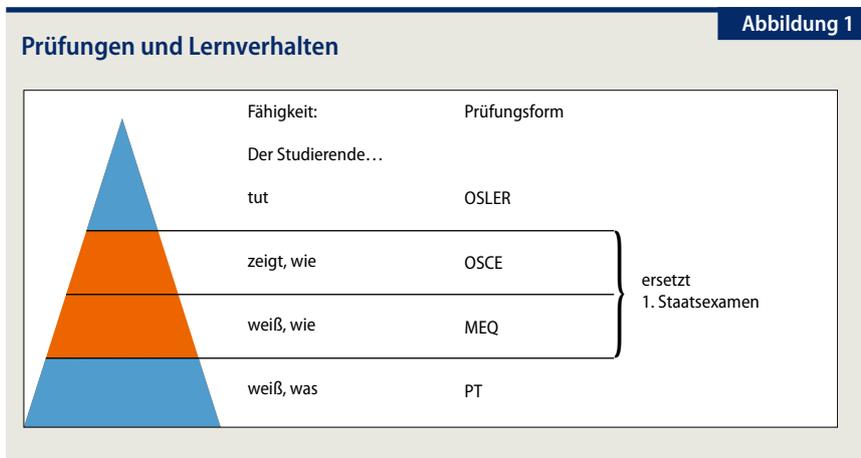
nen sehr frühen Kontakt zur Neurologie (den ersten intensiven Kontakt zur Klinik überhaupt) bereits im ersten Studienabschnitt.

Eine Untersuchung im dritten Semester des Reformstudienganges an der Universität Witten/Herdecke zeigt bereits Tendenzen. In Interviews wurden Studierende nach Ende des dritten Semesters zu ihren Erfahrungen im Neurologie-Semester befragt. Dabei stellte sich heraus, dass Vorerfahrungen im Fach Neurologie, zum Beispiel durch ein Praktikum, das Interesse am Fach steigerten. Die Lehre mit POL sowie das Angebot, in der Klinik an Lehrvisiten teilzunehmen, wurde von den Studierenden als äußerst positiv bewertet. Studierende gaben an, erst durch die Eindrücke in der Klinik die Relevanz des Stoffes erkannt zu haben. Patientenvorstellungen im Untersuchungskurs sowie die eigenen Eindrücke in der Klinik haben eine zusätzliche Motivation geschaffen. Ebenso zeigte sich, dass die Studierenden den Untersuchungskurs wie auch die ab-

Tabelle 1

„Generation Y“ – Bedürfnisse und Ansprüche der jungen, zunehmend weiblichen Arztgeneration

- Berechenbare **Arbeitszeiten**, Berücksichtigung von Freizeitbedürfnissen und Familienphasen
- **Überstunden**: möglichst keine; gegebenenfalls abfeiern; notfalls ausbezahlen; was nicht geht: Dokumentationsverzicht
- Ausgeprägtes **Selbstbewusstsein**
- Hohes **Anforderungsprofil** an den Arbeitsplatz: eher wechseln als anpassen
- **Grundhaltung**: pragmatisch, kooperativ, vernetzt, interagierend
- „Work-Life-Balance“, „**Leben beim Arbeiten**“ statt „Leben, um zu arbeiten“
- Erwarteter **Führungsstil**: kooperativ, interaktiv, Feedback, coaching; Zielvereinbarungsgespräche
- **Ausbildung**: Curriculum, Ausbildung innerhalb der Arbeitszeit, praxisbezogen, neue Unterrichtsformen (computer-gestützt, interaktiv), POL
- **Klinische Tätigkeit**: möglichst wenig Notfälle und Schichtdienst, berechenbar, sinnvoll, patientennah, kein Stress
- **Familienfreundlichkeit**: Kindertagesstätten, Tagesmuttervermittlung, Schülerbetreuung, Ferienbetreuung der Kinder
- Konsequenzen für die **Fächerwahl**: weg von großen Notfallfächern wie Chirurgie, Innere Medizin, Neurologie
- **Laufbahn statt Karriere**: Zukunftsperspektive: vor allem Krankenhaus; weniger: Praxis; kaum: Universität
- **Bedeutungsverlust akademischer Titel** (Promotion, Habilitation, Forschung), damit weniger wissenschaftliche Tätigkeit



Erläuterungen zu Abbildung 1:

PT = progress test (Wissenstest in Form einer speziellen Multiple Choice-Prüfung);

☉ Überprüfung von Lernfortschritten im Verlauf

MEQ = modified essay question test (schriftliche Klausur mit Patientenfällen);

☉ Überprüfung der Kenntnis von Zusammenhängen

OSCE = objective structured clinical examination (Parcours-Prüfung mit klinischen Stationen); ☉ Überprüfung von Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten

OSLER = objective structured long examination record (Prüfung am Krankenbett mit

standardisiertem Auswerteschema); ☉ fallbezogene Überprüfung von komplexem Wissen, praktischen Fertigkeiten und Handlungsstrategien

Modifiziert nach [6]

schließende Prüfung in Form eines OSCE („objective structured clinical evaluation“) als sinnvoll empfunden hatten. Einige gaben an, der OSCE habe ihnen sogar besonderen Spaß gemacht. Als negative Punkte gaben die befragten Studierenden an, sich in der Neurologie gerade am Anfang oft „verloren“ gefühlt zu haben, es habe sich erst zu Ende des Semesters ein klareres Bild der komplexen Zusammenhänge ergeben. Perspektivisch wünschen sich die Studierenden eine noch stärker klinisch bezogene Ausbildung. Dabei wurden Ideen wie Praktika bei niedergelassenen Neurologen oder die Begleitung klinisch-neurologischer Therapeuten genannt. Die Befragung wird derzeit ausgewertet und Grundlage für die Erstellung eines Fragebogens sein, der in den kommenden Semestern dazu dienen soll, die Lehre im Fach Neurologie weiter auszubauen und kontinuierlich weiter zu verbessern. Den verschiedenen Kenntnisstufen und Fähigkeiten entsprechen unterschiedliche, jeweils angepasste Prüfungsformen (**Abbildung 1**).

Interessanterweise zeigt das Feedback nach dem neurologischen Blockunterricht (vier Wochen auf Station, mit

täglichen Seminaren, im sechsten/siebten Semester; OSLER), dass die Studierenden zu diesem Zeitpunkt mit Gewinn auf das im dritten Semester Gelernte zugreifen.

Deutlich wird im Gespräch mit den Studierenden, dass deren Erwartungen über die Vermittlung rein fachlicher Aspekte und angemessene Lehrformen hinausgehen: Die Entwicklung einer lernfähigen Arztpersönlichkeit erfordert neben Wissensvermittlung Anleitung zum Erwerb praktischer Fähigkeiten sowie die Vermittlung einer verantwortungsvollen ärztlichen Grundhaltung. Hierfür sind erforderlich: Engagement der Lehrenden, persönlicher Kontakt, früher Einbezug der Studierenden in die klinische Arbeit, Evaluationen, Bereitschaft zu interaktiver Weiterentwicklung der Angebote – Vorbilder sind gefragt! Auch hierzu werden beim „DGN(forum“ Daten einer weitergehenden Auswertung präsentiert.

DGN(forum beim DGN-Kongress in Hamburg

Das „DGN(forum“, maßgeblich getragen von der DGN mit verantwortlichen Ordinarien und Chefärzten, den Jungen Neurologen in Klinik und Studium bietet

eine große Chance, die aktuellen Themen aufzugreifen und gemeinsam Lösungen zu entwickeln [1]. Dies wird eine vordringliche Aufgabe für die kommenden Jahre sein – damit die Lehre zukunftsweisend gestaltet und die Arbeitsbedingungen den Bedürfnissen angepasst werden können. So kann aus der Neurophobie von gestern für die Interessierten und Begeisterten eine Neurophilie werden. ☐

LITERATUR

1. DGN magazin. Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Ausgabe 2012
2. Hillienhof A, Wolz M. Junge Neurologen. Nachwuchsarbeit für die Neurologie. NeuroTransmitter 2011; 1: 50–1
3. Hucklenbroich C. Der alte Arzt hat ausgedient. Ärzte der Generation Y. Forschung & Lehre 2012; 19: 568–71
4. Isenmann S. Entwicklung der klinischen Lehre in Jena: Drei Jahre „NePs“. Ärzteblatt Thüringen 2007; 18: 294–97
5. Jozefowicz RF. Neurophobia: The fear of neurology among medical students. Arch Neurol 1994; 51:3 28–29
6. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med 1990; 65: 63–7
7. Schmidt CE et al., Generation Y. Rekrutierung, Entwicklung und Bindung. Anaesthesist 2011; 60: 517–24

AUTOREN

Univ.-Prof. Dr. med. Christian Gerloff, Hamburg-Eppendorf

cand. med. Anne-Sophie Biesalski, Wuppertal, Witten/ Herdecke

Univ.-Prof. Dr. med. Stefan Isenmann, Wuppertal, Witten/ Herdecke

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. med. Stefan Isenmann
 Direktor der Klinik für Neurologie und klinische Neurophysiologie, HELIOS Klinikum Wuppertal, Lehrstuhl Neurologie der Universität Witten/Herdecke
 Heusnerstr. 40, 42283 Wuppertal
 E-Mail: stefan.isenmann@helios-kliniken.de

Junge Neurologen

Professionelle Öffentlichkeitsarbeit für den Arztnachwuchs

2008 sind die „Jungen Neurologen“ mit einer Summer School und einem kleinen Programm auf der DGN-Tagung gestartet. Mittlerweile ist aus dem Aufbruch eine breite Bewegung mit vielen beliebten Veranstaltungen und Angeboten geworden – lesen Sie selbst.

In Zeiten des Ärztemangels, unbesetzter Stellen und spürbar weniger Nachwuchs in Kliniken und Praxen ist Nachwuchsarbeit für Medizinstudierende und junge Ärzte besonders wichtig. Die DGN, BDN und BVDN haben das früh erkannt und unterstützen die Arbeit der „Jungen Neurologen“ (JuNo). Mit einer JuNo-Kerngruppe von zwölf Nachwuchsärzten und -wissenschaftlern haben sie auch 2012 Veranstaltungen und Angebote

initiiert, die den Nachwuchs für das Fach begeistern sollen. Das Deutsche Institut für Qualität in der Neurologie (DIQN) betreut diese Nachwuchsarbeit organisatorisch.

Summer Schools

An vorderer Stelle stehen die Summer Schools der JuNos zusammen mit der DGN und den Berufsverbänden: Fünf sind es in diesem Jahr. Die erste, die „Cli-

nical Summer School“ haben sieben Chefarzte neurologischer Kliniken aus Nord- und Westdeutschland gemeinsam organisiert, mit Unterstützung der JuNos bei der Gestaltung und Einladung an den Hochschulen. In Abgrenzung von den universitären Summer Schools standen vor allem klinische und praktische Aspekte des Neurologen-Berufs im Vordergrund. Nach einem Drei-Tage-Seminar in Lüneburg verteilten sich die 26 Teilnehmer für zwei weitere Tage auf die teilnehmenden Kliniken und lernten dort unter enger Anleitung am Krankenbett typische Krankheitsbilder und die entsprechende Klinik kennen.

Die übrigen vier Summer Schools in Tübingen, Dresden, Kiel und Köln organisierte die Kerngruppe der JuNos. Referenten aus Kliniken und niedergelassenen Praxen brachten hier in einwöchigen Crash-Kursen insgesamt über 100 Nachwuchsärzten und -wissenschaftlern das Neueste aus dem Fach nahe. Nach ihren themenbezogenen Veranstaltungen standen sie den Teilnehmern für Gespräche zu Bewerbungen und Karrierewegen in der Neurologie zur Verfügung. Die JuNos bedanken sich bei allen, die in diesem Jahr wieder ehrenamtlich nicht nur als Lehrer, sondern auch als Botschafter der Neurologie zur Verfügung standen.

Mentorenprogramm Neurologie

Zu einer zweiten wichtigen Säule der JuNo-Arbeit hat sich nach dem Start 2011 das Mentorenprogramm Neurologie entwickelt. Nach der Ausschreibung im Frühjahr wählte eine Arbeitsgruppe der JuNos 15 hervorragende Nachwuchsärzte aus und vermittelte sie an ihre Mentoren. Das Programm soll junge Assis-

Auch schon angesteckt?

+ Summer Schools: Einführung in die Neurologie mit Top-Medizikern. **Dein Tag in der Neurologie:** Die Kurzfunktion in einer neurologischen Klinik. **Reisestipendien mit allem Drum und Dran** für den Neurologienkongress.

Mentorenprogramme, Erfahrungsaustausch, Karriere-Tipps, Fallbeispiele, internationales Networking. **Alles das und vieles mehr auf:**

www.junge-neurologen.de

Ein Beispiel für moderne Öffentlichkeitsarbeit – mit diesen Postkarten werben die Jungen Neurologen für sich im Zusammenhang mit dem diesjährigen Neurologen-Kongress.

// 27.-29. September 2012 im CCH Hamburg //

85. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie

KOMMEN, MITMACHEN, ANSTECKEN LASSEN
Das größte Nachwuchsförderungsforum für Neurologie auf dem größten Neurologienkongress in Europa

Zukunft braucht Neurologen

© Junge Neurologen

JUNGE NEUROLOGEN AUF DER DGN-TAGUNG 2012 IN HAMBURG

DONNERSTAG, 27. SEPTEMBER

Kongressguide

Die DGN-Jahrestagung ist das größte Treffen von Neurologen und Neurowissenschaftlern in Europa. Die Jungen Neurologen (JuNos) geben Kongressneulingen Tipps und machen Vorschläge, wo es sich lohnt, hinzugehen, wie die Restplatzbörse funktioniert und wie man seine Kongresszeit optimal ausnutzt, Insidertipps inklusive.

Vorsitz/Referent: Dr. med. Haidar Dafsari, Köln
9.00 bis 10.00 Uhr, Lounge

State of the art für Berufseinsteiger

Von Koryphäen lernen: Erfahrene Neurologen fassen den state of the art bei wichtigen neurologischen Erkrankungen zusammen.

Schlaganfall Prof. Dr. med. Jan Sobesky, Charité Berlin

Kopfschmerz Prof. Dr. med. Arne May, Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf

Epilepsie PD Dr. med. Nicolas Lang, Epilepsiezentrum für Erwachsene der Klinik für Neurologie der Uniklinik Kiel

Hier geht es nicht um die Wiederholung des Lehrbuchwissens, sondern um praktische Anleitungen und Tipps, wie junge Neurologinnen und Neurologen (und solche, die es werden wollen) zum Beispiel in der Notfallambulanz vorgehen sollten.

Vorsitz: Dr. med. Helge Hellriegel, Kiel
13.00 bis 15.00 Uhr, Forum

Ehrlichkeit in der Wissenschaft

Hier werden Redlichkeit und Ethik beim wissenschaftlichen Arbeiten, Publizieren und Zitieren thematisiert. Dies ist eine gemeinsame Veranstaltung der DGN und der JuNo.

Referent: Prof. Dr. med. Georg W. Kreutzberg, München
17.00 bis 18.00 Uhr, Forum

FREITAG, 28. SEPTEMBER

JuNo-TAG

JuNo-Kongressguide

Auch heute wieder: Die JuNos geben Kongressneulingen Tipps und machen Vorschläge, wo es sich lohnt, hinzugehen, wie die Restplatzbörse funktioniert und wie man seine Kongresszeit optimal ausnutzt, Insidertipps inklusive.

Vorsitz/Referent: Dr. Ole Hensel, Halle
9.00 bis 10.00 Uhr, Lounge

JuNo-Mentorenprogramm

Im zweiten Jahr des JuNo-Mentorenprogramms treffen sich Mentees, Mentoren und die Mitarbeitenden bei den JuNos zum Erfahrungsaustausch.

Vorsitz: Drs. med. Haidar Dafsari, Köln, und Helge Hellriegel, Kiel
10.00 bis 11.00 Uhr, Forum

JuNo International

Die JuNos sind international vernetzt. Diese Veranstaltung gibt einen Überblick über internationale Kurse, Kongresse, Workshops sowie über Austauschprogramme für Klinik und Wissenschaft.

Vorsitz: Dr. med. Natalja Holler, Regensburg
11.00 bis 12.00 Uhr, Forum

JuNo@work: Wo stehen wir? Wo gehen wir hin?

In diesem Arbeitstreffen geht es um die Besprechung der aktuellen Projekte, um Strategieplanung, Aufgabenverteilung und Ideenaustausch. Eingeladen sind alle an der Arbeit der JuNos Interessierten. Du auch.

Vorsitz: Dr. med. Helge Hellriegel, Kiel
12.00 bis 13.00 Uhr, Lounge

JuNo-Poster-Session

Poster-Highlights der DGN-Tagung – Highlights für JuNos und solche, die es werden wollen. Wir besprechen die Poster mit Preisträgern der vergangenen DGN-Tagung.

Vorsitz: Xenia Kobeleva, Aachen
13.00 bis 14.00 Uhr, Lounge

JuNos UND DEUTSCHE FORSCHUNGSGEMEINSCHAFT (DFG):

Karriere in Klinik und Forschung

Diese Veranstaltung hat zwei Schwerpunkte. Der erste Teil legt den Schwerpunkt auf die Klinik: Ordinarien, Chefarzte 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. Danach besteht die Möglichkeit, die Referenten anzusprechen und konkrete Karrierefragen mit ihnen zu diskutieren.

Referenten des ersten Teils von *14.00 bis 15.00 Uhr*

- Dr. med. Elisabeth Rehkopf, niedergelassene Neurologin, Osnabrück
- Prof. Henning Henningsen, Chefarzt der Neurologischen Klinik, Städtisches Klinikum Lüneburg
- Dr. med. Martin Wolz, Chefarzt Klinik für Neurologie, Elblandkliniken Meißen GmbH & Co. KG
- Prof. Dr. med. Dennis A. Nowak, Chefarzt Klinik Kipfenberg GmbH, Neurologische Fachklinik
- Prof. Dr. med. Ulrich Bogdahn, Direktor Klinik und Poliklinik für Neurologie der Universität Regensburg

Der zweite Teil widmet sich dem Bereich Science: Referenten der Deutschen Forschungsgemeinschaft vermitteln zentrales Wissen rund ums Forschen, Publizieren und die wissenschaftliche Karriere.

Vorsitz: Dr. Theodora Hogenkamp, DFG, und Dr. med. Helge Hellriegel, Junge Neurologen
14.00 bis 18.00 Uhr, Forum

JuNo-Party

Für die Work-Life-Balance: Die erste JuNo-Partynacht. Wir brechen direkt vom Kongress zu den „Herren Simpel“ in der Schanze, Schulterblatt 75, auf.

Wichtig: Holt Euch vorher Euer kostenloses Ticket am JuNo-Stand ab! Wir treffen uns um *18.30 am JuNo-Stand* und ziehen dann gemeinsam hin.



Zentrales Kommunikationsmedium mit vielen neuen Angeboten: die Website der Jungen Neurologen

tenzärzte und Studierende in ihrer klinischen und wissenschaftlichen Laufbahn unterstützen. Es zeigt eindrücklich, wie sich die JuNos gemeinsam mit den Fachverbänden den kommenden Generationen zuwenden. In diesem Jahr haben die JuNos auch erstmals ein Treffen von Mentees und Mentoren auf der DGN-Tagung für den Erfahrungsaustausch und der Vernetzung untereinander organisiert.

Dein Tag in der Neurologie

Weiterhin beliebt ist die Aktion „Dein Tag in der Neurologie“. Hier laden Kliniken acht bis zehn Studierende zu einen Tag mit praktischen Übungen am Krankenbett, einer Diskussion über die Erlebnisse und einer Vorstellung der Klinik ein. Studierende gewinnen so einen Einblick in die Arbeit des Krankenhauses, das sich damit auch als künftiger Arbeitgeber anbietet. Einen solchen „Schnuppertag“ haben 2012 bislang sieben Kliniken organisiert. Informationen zu Ablauf und Erfahrungen von Teilnehmern finden sich auf der Website der JuNos.

www.junge-neurologen.de

Die Website www.junge-neurologen.de berichtet als Kommunikationsmedium der JuNos über deren Angebote, das Fach selbst, das Leben an der Uni und die Arbeit als Neurologe in Klinik und Praxis. Besonders wichtig sind die Bereiche zu den Summer Schools, das „Mentorenprogramm“, „Dein Tag in der Neurologie“ und die Informationen zum JuNo-Programm auf der DGN-Tagung. Außerdem finden Interessierte dort neurologische Praxen, bei denen sie sich

für eine Famulatur bewerben können. Zudem verschicken die JuNos alle sechs Wochen Newsletter an rund 600 Interessierte mit Terminen und Aktionen.

2012 haben die JuNos neue Inhalte für ihre Website konzipiert: Die Reihe „Weiterbildung nach Maß“ stellt vor, wie die neurologische Weiterbildung in ein-

zelnen Kliniken konkret abläuft. Darüber hinaus wurde ein Redaktionsteam geschaffen, das das fachlich-inhaltliche Angebot auf der Website ausbaut. Neu ist auch der Journal Club, in dem die Redaktion regelmäßig Studien bespricht, und ein Blog zu Studium und Weiterbildung.

Hochschulnetz

Für die Arbeit der Jungen Neurologen ist es wichtig, Ansprechpartner an möglichst allen Fakultäten zu haben, um Informationen auch über hochschulinterne Kanäle wie Schwarze Bretter oder Fachschafts-E-Mail-Verteiler zu verbreiten. Dafür haben die JuNos ein Hochschulnetz mit Lehrbeauftragten der neurologischen Uni-Kliniken und Studierenden an fast allen Fakultäten aufgebaut. □

AUTOR

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln

Praktisches Jahr

Erfolg für die „Jungen Neurologen“ in Berlin

Summer Schools, Mentorenprogramm, „Dein Tag in der Neurologie“ und vieles mehr: Die „Jungen Neurologen“ (JuNos) engagieren sich vor allem mit Serviceangeboten für Studierende und Nachwuchszärzte. In diesem Frühjahr war es jedoch nötig, sich massiv in die politische Diskussion einzubringen, weil die gesamte Nachwuchsgewinnung für das Fach auf des Messers Schneide stand.

Hintergrund war die Abstimmung über die neue Approbationsordnung für Ärzte im Bundesrat am 11. Mai. Von vielen unbemerkt hatten zwei Bundesländer einen Änderungsantrag in den Entwurf der Approbationsordnung eingebracht, der vorsah, das Wahlfach für Medizinstudierende im „Praktischen Jahr“ (PJ) durch einen Pflichtabschnitt in der Allgemeinmedizin zu ersetzen. Medizinstudierende hätten dann im letzten Studienjahr keine Möglichkeit mehr gehabt, ein Fach ihrer Wahl kennenzulernen. Das sollte mehr Studierende dazu bewegen, Hausarzt zu werden, hätte aber einen starken Rückschlag für andere medizinische Fächer in ihrer Nachwuchsarbeit bedeutet; denn das Wahlterial ist häufig der entscheidende Schritt bei der Berufswahl. Nach der Zustimmung des Gesundheitssauschusses des Bundesrates zu diesem Änderungsvorschlag sah es einige Zeit so aus, als sei der Zwangsabschnitt Allgemeinmedizin beschlossene Sache. Die JuNos haben daher im März zusammen mit der DGN, dem BDN und dem BVDN eine Resolution entwickelt und 16 weitere Fachgesellschaften und Verbände sowie die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. für diese Resolution gewonnen. Alle Gesundheitsministerien der Länder, Ministerpräsidenten und Abgeordneten haben diesen massiven Protest von Fachgesellschaften, Verbänden und Medizinstudierenden erhalten. Aus dieser Resolution ist eine breite Bewegung gegen einen Zwangsabschnitt Allgemeinmedizin geworden, in dessen Folge die Länderkammer den Zwangsabschnitt Allgemeinmedizin ablehnte. Das PJ bleibt jetzt in bewährter Weise dreigegliedert: je drei Monate die Pflichtfächer „Innere Medizin“ und „Chirurgie“ sowie ein Wahlfach.

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln, DIQN

Weiterbildung Neurogeriatrie und Gerontopsychiatrie

Facharzt-Schwerpunkte für Neurologen und Psychiater

Die Bedeutung der Altersmedizin (Geriatrie) nimmt mit der demografischen Entwicklung kontinuierlich zu, was inzwischen auf allen Ebenen wahrgenommen wird. Eine aus neurologischer Sicht bedenkliche Entwicklung besteht in dem Bestreben unserer internistisch-geriatrischen Kollegen, einen Alleinvertretungsanspruch zu errichten und besonders mit dem neuen „Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie“ die Geriatrie als Teil ihres Fachs darzustellen.

Die Einrichtung eines neuen Facharztes für „Innere Medizin und Geriatrie“ wird zur Zeit vorangetrieben. Der neue Facharzt liegt in der dreistufigen Gliederung der ärztlichen Weiterbildung (Gebiet-Schwerpunkt-Zusatzweiterbildung) eine Ebene höher als die weiterhin existierende eineinhalbjährige „Zusatzweiterbildung Geriatrie“. Diese ist in den meisten Bundesländern für alle Fachärzte zugänglich.

In Deutschland haben drei Ärztekammern (Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt) die neue Facharztbezeichnung bereits eingeführt: „Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie“ in Sachsen-Anhalt und Berlin, „Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt Geriatrie“ in Brandenburg (zur Ausgestaltung dieser Weiterbildung siehe **Tabelle 2**). In Berlin sind sechs Monate Neurologie anrechenbar, in Brandenburg 18 Monate in einer

neurologisch geführten geriatrischen Einrichtung.

Auf dem 113. Deutschen Ärztetag in Dresden 2010 hat der Delegierte der Ärztekammer Berlin Dr. W. Wyrwich und das Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer Dr. G. Jonitz den folgenden Beschlussantrag gestellt: „Die (Muster-) Weiterbildungsordnung wird im Gebiet Innere Medizin um die Facharztkompetenz „Innere Medizin und Geriatrie“ er-



Viele ältere Patienten haben Erkrankungen aus dem Gebiet der Neurologie und Psychiatrie. Mit einem Facharzt-Schwerpunkt, der auch in den Disziplinen der Neurologie und Psychiatrie erworben werden kann, im Gegensatz zu einem „Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie“ soll dieser Bedarf an neurologischer und psychiatrischer Expertise gedeckt werden.

gänzt.“ Als Begründung wurde genannt: „Der Bedarf für eine Facharztkompetenz in Innerer Medizin und Geriatrie ist durch die demografische Entwicklung selbsterklärend begründet. Die Geriatrie ist in mehreren Landesärztekammern (z. B. Brandenburg, Berlin ...) bereits eingeführt. Dies hat sich bewährt, da die Be-

dürfnisse der geriatrischen Behandlung als Querschnittsdisziplin hierdurch besser abgebildet werden.“

Der internistisch-geriatrische Facharzt stellt einen Weiterbildungsgang nach dem „common trunk“-Modell dar, mit drei Jahren internistischer Basisausbildung und drei Jahren Geriatrie-spezi-

fischer Weiterbildung, analog zum Beispiel zum Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie (siehe **Tabelle 2**). (Ein Facharzt für Geriatrie hat in Deutschland nie existiert und wird zurzeit nicht aktiv verfolgt oder propagiert.)

Neurogeriatrie und gerontopsychiatrische Syndrome professionell behandeln

Bemerkenswerterweise umfassen die Curricula zum „Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie“ in den Ländern Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt zahlreiche Erkrankungen und Syndrome, die zum Kerngebiet der Nervenheilkunde gehören (z. B. die neurogeriatrischen und gerontopsychiatrischen Syndrome aus der Brandenburgischen Weiterbildungsordnung: Delir, Sturz, lokomotorische Probleme, Immobilität, Schlafstörungen, Schmerz und Schmerztherapie, Schluckstörungen, kognitive und neuropsychologische Probleme einschließlich Depression und Demenz, Hemiplegie-Syndrom). Aus neurologisch-psychiatrischer Sicht kann eine vornehmlich internistisch-geriatrische Ausbildung jedoch nicht dazu qualifizieren, neurogeriatrische und gerontopsychiatrische Syndrome (die häufigsten sind in **Tabelle 1** dargestellt), Alters- und Begleiterkrankungen auf angemessenem Niveau zu behandeln. Die hierfür notwendige Expertise kann im Rahmen einer internistischen Ausbildung nicht erworben werden. Ebenso unrealistisch wäre es anzunehmen, Neurologen und Psychiater könnten nach einer geriatrischen Zusatzweiterbildung, die überwiegend in neurologischen und psychiatrischen Einrichtungen absolviert wird, internistisch-geriatrische Erkrankungen auf Facharztniveau behandeln.

Die in **Tabelle 1** aufgeführten Syndrome und Erkrankungen sind – anders als zum Beispiel eine Prostatahypertrophie, Katarakt oder Hypakusis – Alterserkrankungen im engeren Sinne. Gerontoneurologische und gerontopsychiatrische Syndrome, Alters- und Begleiterkrankungen sind für die Krankheitslast, Behinderung und Lebensqualität alter Menschen von primärer Bedeutung. Neurogeriatrie und Gerontopsychiatrie sind somit keine organspezifischen Satelliten, sondern zentrale, wenn nicht die zentralen Elemente der Geriatrie.

Tabelle 1

Überblick über die häufigsten Syndrome aus dem Gebiet der Neurologie und Psychiatrie in der Altersmedizin

Die häufigsten gerontoneurologischen/gerontopsychiatrischen Syndrome:

- **Zerebrovaskuläre Syndrome** und ihre Rehabilitation einschließlich Schlaganfall, subkortikaler arteriosklerotischer Enzephalopathie, TIA, Sprach- und Sprechstörungen
- **Demenz und kognitive Störungen** einschließlich Morbus Alzheimer, vaskulären Demenzformen, Prodromalstadien von Demenzen (leichte kognitive Störung), funktionellen kognitiven Störungen bei psychischen Erkrankungen im Alter sowie demenzassoziierten Verhaltensstörungen
- **Hypokinetisch-rigide Syndrome** einschließlich des Spektrums der Parkinsonsyndrome, Normaldruckhydrozephalus, vaskulär bedingter Syndrome
- **Stürze, Sturzursachen und Mobilitätsstörungen** einschließlich der nicht-kardialen Bewusstseinsstörungen, vieler Formen von Schwindel, sensorischen Gangataxie, autonomen Neuropathie, Rückenmarks- und Nervenwurzelerkrankungen
- **Kopf- und Hirnverletzungen und -blutungen** infolge von Stürzen
- **Verwirrheitszustände** im Krankenhaus
- **Affektive Störungen**
- **Wahnhaftige Störungen**
- **Suchterkrankungen**
- **Angststörungen, Belastungs- und somatoforme Störungen** sowie andere psychische Erkrankungen
- **Anfälle und Bewusstseinsstörungen** einschließlich Altersepilepsie bei degenerativen und vaskulären zerebralen Läsionen, konvulsiver Synkopen
- **Schlafstörungen wie Insomnien, Hypo-, Parasomnien und Restless-Legs-Syndrom**
- **Neurogene Miktionsstörungen** einschließlich neurodegenerativer und vaskulärer Erkrankungen, NPH, spinaler und peripher-autonomer Erkrankungen
- **Medikationsprobleme** einschließlich der Wirkung vieler Medikamente auf ZNS und PNS und der Wirkung vieler Psychopharmaka (wie Sedativa, Neuroleptika, Antidepressiva), Antikonvulsiva und sonstiger neuropsychiatrischer Medikamente auf Organe außerhalb des Nervensystems
- **Ernährungsstörungen** einschließlich Dysphagie bei vielen ZNS-Erkrankungen, B-Hypovitaminosen, Fehl- und Mangelernährung bei Demenz, Dysphagie
- **Folgewirkungen internistischer Erkrankungen** auf das Gehirn, z. B. Anämie, Hypothyreose, Diabetes, Hypertonie, Hypovitaminosen, Infekte, Vorhofflimmern, Arteriosklerose
- **Störung der Sinnesorgane** einschließlich Hyposmie, Visus- und Gesichtsfeldstörungen und Hörstörungen bei Erkrankungen des Nervensystems
- **Ethische und palliativmedizinische Fragen** bei Alterserkrankungen des Gehirns einschließlich Schlaganfall, Demenz
- **Fragen der Rehabilitation und Versorgung** bei den Syndromen

Tabelle 2

Vergleich der Weiterbildungszeiten in den drei Landesärztekammern mit Facharztkompetenz/Schwerpunkt			
	Berlin	Sachsen-Anhalt	Brandenburg
Bezeichnung	FA Innere Medizin und Geriatrie	FA Innere Medizin und Geriatrie	FA Innere Medizin und Geriatrie
	72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1 davon		
WB-Zeit	<ul style="list-style-type: none"> — 24 Monate stationäre Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin, davon maximal 12 Monate in derselben Facharztkompetenz — 12 Monate in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung, die auch am Beginn der Weiterbildung und im ambulanten Bereich ableistbar sind — 36 Monate in der Facharztkompetenz Innere Medizin und Geriatrie, davon <ul style="list-style-type: none"> — sind 24 Monate stationäre Weiterbildung obligat — können 6 Monate in den Facharztkompetenzen <ul style="list-style-type: none"> — Orthopädie und Unfallchirurgie oder — Neurologie oder — Psychiatrie und Psychotherapie oder — Allgemeinmedizin oder — Physikalische und Rehabilitative Medizin abgeleistet werden. <p>Innerhalb der Gesamtweiterbildung sind 6 Monate Weiterbildung auf einer internistischen oder internistisch-interdisziplinären Intensivstation frühestens nach Absolvierung von 24 Monaten Weiterbildung abzuleisten.</p> <p>Weden im Gebiet Innere Medizin zwei Facharztkompetenzen erworben, beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> — 24 Monate stationäre Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin, und — 36 Monate Weiterbildung in Geriatrie <p>davon</p> <ul style="list-style-type: none"> — 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können — können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden. <p>Weden im Gebiet Innere Medizin zwei Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> — 36 Monate in der stationären internistischen Patientenversorgung und — 36 Monate Weiterbildung in der Geriatrie, davon <ul style="list-style-type: none"> — 6 Monate internistische Intensivmedizin — mindestens 12 Monate in einer internistisch geleiteten geriatrischen Abteilung — können bis zu 6 Monate in der Gerontopsychiatrie geleistet werden — können bis zu 18 Monate in einer allgemeinmedizinisch oder neurologisch geleiteten geriatrischen Abteilung geleistet werden — können bis zu 6 Monate im ambulanten Bereich geleistet werden

Die Diagnose und Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems ist bei alten Menschen oft nicht leichter, sondern schwieriger als bei jungen. Sie erfordert differenzierte neurologische und/oder psychiatrische Kenntnissen auf Facharzt-niveau. Eine regelhafte Behandlung neurogeriatrischer und gerontopsychiatrischer Syndrome bei betagten Patienten unterhalb des Facharztstandards würde sich dem Vorwurf einer Diskriminierung älterer Menschen aussetzen. Sie würde dem Ansatz und Anspruch der Geriatrie als interdisziplinärem und Querschnitts-fach nicht gerecht.

Weitere Entwicklung der Geriatrie in der Neurologie und Psychiatrie

Die Vorsitzenden der DGN und der DG-PPN haben im vergangenen Jahr in einem Schreiben an die Bundesärztekammer die Einführung eines auf die

Innere Medizin beschränkten Facharztes oder Facharzt-Schwerpunktes Geriatrie abgelehnt. Diese Entwicklung kann aber wohl nicht aufgehalten werden, unter anderem auch, da die Landesärztekammern in der Gestaltung ihrer Weiterbildungsordnungen frei sind. Aus medizinischen und berufspolitischen Gründen ist es sinnvoll und notwendig, die Geriatrie auch in der Neurologie und Psychiatrie weiterzuentwickeln. Hierzu haben in der Weiterbildungskommission der DGN intensive Diskussionen stattgefunden. Einige wichtige Argumente dazu sind:

- Neurologie, Psychiatrie und Innere Medizin decken gemeinsam den Großteil der geriatrischen Erkrankungen, Syndrome und Behinderung ab. Ein großer Teil der geriatrischen Patienten leidet unter Erkrankungen beider Gebiete. Eine optimale geriatrische

- Versorgung erfordert die Expertise und Kooperation von Spezialisten beider Richtungen, jeweils auf Facharzt-niveau, also von nervenärztlichen *und* internistischen Geriatern.
- Der Stellenwert der Neurologie und Psychiatrie in der Geriatrie muss in der Weiterbildungsordnung abgebildet werden. Die Geriatrie darf in Deutschland nicht nur in der Inneren Medizin, sondern muss auch in der Neurologie und Psychiatrie strukturell auf Facharzt-niveau angehoben werden. Erst eine gleichberechtigte Kooperation von qualifizierten Geriatern beider Richtungen löst den interdisziplinären Anspruch der Geriatrie ein und verspricht eine signifikante Verbesserung der geriatrischen Versorgung.
- Das „Common trunk“-Modell nach dem Muster der Fächer Innere Medi-

zin, Chirurgie, HNO, Pathologie und Pharmakologie kommt für die Neurologie und Psychiatrie nicht infrage, da es die Einheitlichkeit der „Mutterfächer“ aufheben und dem Erwerb der notwendigen Qualifikation entgegenstehen würde.

— Infrage kommt daher nur ein „Schwerpunkt“ nach dem Modell der Fächer Pädiatrie (Schwerpunkte Neonatologie, Kinderhämatologie und -onkologie, Kinderkardiologie, Neuropädiatrie), Psychiatrie (Schwerpunkt Forensik), Radiologie (Schwerpunkte Neuroradiologie,

Kinderradiologie) und Gynäkologie (Schwerpunkte Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Gynäkologische Onkologie, Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin). Eine solche Weiterbildung setzt den Facharzt voraus und umfasst in der Regel drei Jahre, von denen eines vor der Facharztprüfung absolviert werden kann

Am 1. Mai 2012 fand in Berlin eine Sitzung des Weiterbildungsausschusses der Bundesärztekammer statt, an dem Vertreter der nervenheilkundlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände teil-

nahmen. Im Ergebnis der Aussprache verblieben keine grundsätzliche Einwände gegen das Schwerpunktmodell, also die Schaffung eines Facharzt-Schwerpunktes für „Neurologie und Geriatrie“ oder „Neurologie und Neurogeriatrie“, und eines Facharzt-Schwerpunktes „Psychiatrie und Gerontopsychiatrie“.

□

AUTOR

Prof. Dr. med. Klaus Schmidtke, Ortenau

Pflichttertial Allgemeinmedizin

(K)eine Erfolgsgeschichte

Die Neurologie steht vor großen Herausforderungen. Allein die Zahl der Schlaganfall- und Demenzpatienten wird sich bis 2050 etwa verdoppeln. Schon jetzt fehlen Fachärzte für Neurologie an allen Ecken und Enden. Diesen Mangel an qualifizierten Ärztinnen und Ärzten zu beseitigen, wird für die Neurologie eine der großen Herausforderungen der Zukunft sein. Es ist offensichtlich, dass die Neurologie nicht erst nach dem Studiumsende an die Studierenden herantreten kann – dies muss möglichst früh und anschaulich passieren.

So manche kleine neurologische Abteilung in einem ländlichen Gebiet hält sich durch Honorarärzte über Wasser – mit Jahresgehaltskosten für die Klinik, die in der Größenordnung eines Chefarztgehaltes liegen. Oder sie schließen. Dienste können häufig nicht mehr durch neurologische Assistenten besetzt werden, Wartezeiten in neurologischen Praxen betragen Monate. Diese Versorgungsengpässe und Nachwuchssorgen sind natürlich keine Spezialität nur der Neurologie. Andere Fachdisziplinen sind auch schon sehr aktiv geworden.

Ein Thema, das über Jahre die gesundheitspolitische Presse füllte, ist der Mangel an Hausärzten mit der Konsequenz von Versorgungsengpässen in ländlichen Gegenden und einer ungerichteten Überflutung von Facharztpraxen in Metropolregionen. Eigentlich ein politisches Thema, was aber vorwiegend auch zu

einem allgemeinmedizinischen Thema geworden ist.

Forscher Schritt der Allgemeinmedizin gegen Ärztemangel

Einen forscher Schritt nach vorne hat dementsprechend die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin gemacht: Sie forderte, dass Studierende bereits im „Praktischen Jahr“ (PJ) Allgemeinmedizin erfahren „müssen“; so eminent wichtig sei das Fach und so könne mehr Nachwuchs für die Allgemeinmedizin gewonnen werden. Da die Studierenden diese eminente Wichtigkeit der Allgemeinmedizin bislang nicht zu erkennen schienen, sollte die Allgemeinmedizin als Pflichttertial im PJ das Wahlfach ersetzen. Es folgten Referentenentwürfe und heftige Lobbyarbeit pro „Pflichttertial Allgemeinmedizin“, bis dieser Vorschlag schließlich die Unterstützung vie-

ler Politiker zu erlangen schien. So schloss sich der Gesundheitsausschuss des Bundesrates im Februar 2012 der Forderung der Landesregierung von Nordrhein-Westfalen an, das Wahltertial durch ein allgemeinmedizinisches Pflichttertial zu ersetzen. Eine Mehrheit im Bundesrat schien sich abzuzeichnen. Nun regte sich zunehmend Widerstand, der schließlich exponentiell wuchs und sich fast über alle Fronten ausdehnte.

Vor allem die Studenten wehrten sich

Allen voran wehrten sich tapfer und intelligent durch „social media“ vernetzt die Studierenden, die sich ihr „Wahlrecht“ für das nicht umsonst sogenannte „Wahltertial“ im PJ erhalten wollen. Dann gingen sukzessive die Fachgesellschaften zahlreicher klinischer Fächer in Position und lehnten das Konzept eines „Pflichttertials Allgemeinmedizin“ ab, betrieben



© Killig / momentphoto / imago

Besonders die Medizinstudenten haben sich dagegen aufgelehnt, dass sie mit dem geplanten Pflichttertial Allgemeinmedizin in ihrer Freiheit, drei Monate in einem Fach ihrer Wahl ableisten zu können, beschnitten werden sollten.

Lobbyarbeit in die Gegenrichtung. Die Folge waren heftige Diskussionen in den Fakultäten – der Kampf ging nun erst richtig los.

Fast wäre es zu einem allgemeinmedizinischen Pflichttertial gekommen

Im Gegenzug wurden die medizinischen Fakultäten kontaktiert und mehr Lobbyarbeit pro Pflichttertial Allgemeinmedizin betrieben. Und fast kam es im April 2012 noch zu einem bedauerlichen „politischen“ Kompromiss: Allgemeinmedizin sollte Pflichtfach im PJ werden, als „Pflichtquartal Allgemeinmedizin“; das „Wahltertial“ sollte als „Wahlquartal“ erhalten bleiben. Quartale statt Tertialen. Was hätte das, zu Ende gedacht, bedeutet? Was hätte es als „Präzedenzfall“ im Besonderen für uns Neurologen bedeutet? Da in großen interdisziplinären Notaufnahmen bis zu einem Drittel der Patienten neurologische Probleme haben und Erkrankungen des ZNS, insbesondere Demenz und Schlaganfall, aber auch neurodegenerative Erkrankungen wie der Morbus Parkinson in den nächsten 40 Jahren dramatisch zunehmen werden, hätte auch die Neurologie Pflichtfach im PJ werden müssen. Daher wäre die konsequente Fortführung der

allgemeinmedizinischen Initiative gewesen, ein „Pflichtquintal Neurologie“ einzuführen – selbstverständlich unter Erhalt des „Wahlquintals“. Diesem wäre dann ein „Pflichtsextal Pädiatrie“, ein „Pflichtseptal Geburtshilfe“ gefolgt und so weiter und so fort. Im Grunde wäre dies der Beginn der Abschaffung des PJ gewesen.

Abstimmung im Bundesrat: Pflichttertial abgelehnt

Am 11. Mai 2012 lichtete sich der Horizont und der Erfolg aller Widerstandsaktivitäten stellte sich ein. Das Pflichttertial Allgemeinmedizin wurde im Bundesrat abgestimmt, für schlecht befunden, abgelehnt und ist nun vom Tisch. Das Thema hausärztliche Versorgung ist aber erkannt und es sollen die bereits bestehenden Ausbildungskapazitäten im Bereich Allgemeinmedizin ausgebaut werden. Das ist vernünftig und ein Weg, den auch andere Fachdisziplinen einschließlich der Neurologie verfolgen sollten: das Fach interessant präsentieren und die Ausbildungskapazitäten ausbauen.

Die Idee „Pflichttertial Allgemeinmedizin“ war keine Erfolgsgeschichte und wird nicht zur Nachahmung empfohlen

– die Freiheit, ein Wahlfach zu wählen muss den Studierenden unbedingt erhalten bleiben!

Nicht erst im PJ muss neurologischer Nachwuchs geworben werden

Kritisch anzumerken bleibt, dass das PJ bereits die letzte Phase des Studiums darstellt. Eigentlich ist das schon sehr spät, vielleicht zu spät, um Nachwuchsakademiker für unser komplexes Fach zu begeistern. An einigen Universitäten findet der erste Kontakt im 7. oder 8. Semester statt – auch das ist viel zu spät. Selbst wenn das Thema „Neurologie“ schon im ersten klinischen Semester Erwähnung findet, sind viele begabte und besonders engagierte Studierende bereits in anderen, vorklinischen oder weniger speziellen klinischen Fächern durch Doktorarbeiten gebunden. Dieser traditionelle Selektionsbias arbeitet gegen die Nachwuchsförderung für das Fach „Neurologie“. Zu begrüßen sind daher Modellstudiengänge, die eine frühere Verzahnung von Klinik und Vorklinik als zentrales Ziel haben (siehe auch der Artikel zur Nachwuchsrekrutierung auf Seite 20 in dieser Ausgabe). In Hamburg wird ein solcher Modellstudiengang Humanmedizin im Oktober 2012 starten. Auch in Berlin existiert ein solcher reformierter Studiengang. An beiden Standorten wird mit Beginn der neuen Studiengänge der erste Kontakt mit der Neurologie auf das erste Studiensemester vorverlegt. Es liegt dann an uns, die Studierenden früh zu begeistern und dafür zu sorgen, dass der Funke der Neuro-Begeisterung überspringt. Ein „Pflichttertial“, egal für welches Fach, wird Studierende jedenfalls nicht überzeugen. □

AUTOR

Univ.-Prof. Dr. med. Christian Gerloff,
Hamburg-Eppendorf

Neue Richtlinie zur neuropsychologischen Therapie

Neuropsychologie wird Kassenleistung

In seiner Sitzung am 24.11.2011 hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie zur neuropsychologischen Therapie erlassen. Die neuropsychologische Therapie wird als Untersuchungs- und Behandlungsmethode anerkannt und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die neurologischen Berufsverbände und Fachgesellschaften begrüßen dies ausdrücklich und haben an dem Zustandekommen dieser Zulassung aktiv mitgewirkt.

In der Vergangenheit zeigte sich eine dramatische Lücke in der langfristigen Versorgung von Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen. Patienten mit neuropsychologischen Störungen konnten eine Therapie bisher so gut wie nur in Rehabilitationseinrichtungen und daher nur kurzfristig wahrnehmen – trotz wissenschaftlich fundierter und validierter Diagnostik sowie nachgewiesener wirksamer Therapiemöglichkeiten. Obwohl solche Standards auch in den wissenschaftlichen Leitlinien ihren Niederschlag gefunden haben, kamen diese in der ambulanten Regelversorgung praktisch nicht zur Umsetzung. Demnächst wird nun die neuropsychologische Therapie unter der Nr. 19 der anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsmetho-

den geführt. Sie umfasst die Diagnostik und Therapie von kognitiven und emotional affektiven Störungen nach erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung. Die Durchführung und Abrechnung erfolgt erst, nachdem durch die Kassenärztliche Vereinigung eine Genehmigung erteilt wurde, wenn die Voraussetzungen hierzu erfüllt sind. Zugelassen für die Leistungserbringung werden Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie sowie Neurochirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten mit entsprechender fachlicher Befähigung in Form einer neuropsychologischen Zusatzqualifikation sein. Die Therapie umfasst bis zu 60 Einzelbehandlungen von jeweils 50 Minuten beziehungsweise 120

Therapieeinheiten von mindestens 25 Minuten.

Bei den Psychologen besteht schon seit vielen Jahren eine Zusatzqualifikation der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) mit der wir traditionell eine enge Kooperation pflegen. Das GNP-Curriculum zur Weiterbildung zum Erwerb des Zertifikates „klinischer Neuropsychologe GNP“ umfasst neben einer zwei- bis dreijährigen klinischen Tätigkeit eine Weiterbildung von 400 Stunden, davon 200 Stunden extern.

Empfehlungen für Zusatzqualifikationen in Arbeit

Derzeit werden von den Berufsverbänden BDN, BVDN und BVDP sowie der Fachgesellschaften DGN und DGPPN Empfehlungen für die Zusatzqualifikation von Neurologen, Nervenärzten und Psychiatern erarbeitet, analog der Qualifikation von Neuropsychologen. Wegbereiter dieser Entwicklung war für die Berufsverbände vor allem Dr. Paul Reuther, der dies als Herzensangelegenheit sah, und dem wir an dieser Stelle herzlich dafür danken wollen. Wegbereiter in der Neuropsychologie für die DGN war Professor Claus-Werner Wallech, der die entsprechenden Fortbildungscurricula für die DGN bisher entwickelt und koordiniert hat. Außerdem haben in einer Arbeitsgruppe Professor Hans-Otto Karnath, Dr. Martin Delf von den Berufsverbänden und Professor Gereon Fink aus Köln zum Gelingen beigetragen. □



Vielen Patienten mit erworbener Hirnschädigung kann durch die neue Neuropsychologie-Richtlinie langfristiger und damit besser geholfen werden.

AUTOR

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Versorgungsverbesserung in der Neurologie

Aufgrund einer Überarbeitung des § 116b SGB V können demnächst sowohl Krankenhäuser als auch Vertragsärzte, also niedergelassene Ärzte sowie medizinische Versorgungszentren, an der sogenannten ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen. Grundlage ist das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung GKV-VStG, das am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist und die bisherigen Regelungen zu den § 116b-Ambulanzen ersetzt.

Der politische Hintergrund der § 116b-Ambulanzen war die gewollte Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen, um einerseits den Wettbewerb zwischen den Sektoren zu

fördern, insbesondere aber auch die Zahl der Krankenhausbehandlungen zu reduzieren, weil diese neben der Pharmakotherapie die höchsten Kosten im Gesundheitswesen ausmachen. Die bisherigen Regelungen zu den § 116b-Ambulanzen wurden zum Teil heftig kritisiert, weil hier ein Wettbewerb mit „unterschiedlichen langen Spießen“ gestartet wurde. Mit der Neufassung des § 116b sollten die Wettbewerbsnachteile ausgeglichen werden, indem sowohl Vertragsärzte als auch Krankenhäuser den Zugang zu der spezialfachärztlichen Versorgung erhalten.

Chance für Versorgungsverbesserung

Mit der neuen spezialärztlichen Versorgung wurde ein vollkommen neuer Versorgungssektor geschaffen. Dieser stellt gerade in der Neurologie eine Chance für Patienten und Leistungserbringer dar, die Versorgung zu verbessern. Denn eine Vielzahl von Krankenseinweisungen neurologischer Patienten erfolgte bisher vor allem, um die Strukturen spezialisierter Einrichtungen – wie Krankenhäuser für die spezialisierte Diagnostik oder Therapie – nutzbar zu machen; diese Patienten mussten aber nicht unbedingt ein Bett belegen. Auf der anderen Seite waren Schwerpunktpraxen, etwa für Multiple Sklerose oder Epilepsie, bisher insofern honorartechnisch deutlich benachteiligt, da der Versorgungsaufwand für spezialfachärztliche Versorgungsaufträge um ein Vielfaches höher ist als der durchschnittliche Versorgungsaufwand, sodass durchschnittliche Fallwerte diesen Versorgungsaufwand nicht annä-

hernd honorartechnisch abbilden konnten. Gleichzeitig war Schwerpunktpraxen bisher der Zugang zu § 116b-Ambulanzen verwehrt.

Etablierte Versorgungswege werden institutionalisiert und transparenter

Der Gesetzgeber hat, wie in solchen Fällen üblich, im Sozialgesetzbuch V nur die Rahmenbedingungen für diesen Versorgungssektor definiert. Die konkrete Ausformulierung der Zugangsvoraussetzungen wurde an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) delegiert, der bis zum 31. Dezember 2012 eine entsprechende Richtlinie erarbeiten soll. In dieser Richtlinie sollen die Voraussetzungen an die Struktur- und Prozessqualitäten definiert werden. Der Versorgungsauftrag der künftigen § 116b-Ambulanzen richtet sich nur noch an Patienten mit schweren und besonderen Verlaufsformen von Erkrankungen, seltenen Erkrankungen und Krankheitszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierten Leistungen. Für die Neurologie sind hier im Wesentlichen nur die Diagnosen Multiple Sklerose und Epilepsie relevant.

Schweregrad der Erkrankung entscheidend

Neben der Zulassung von Vertragsärzten ist die weitere grundsätzliche Neuerung, dass der ICD-Code eines Patienten nicht ausreichend ist, um den Zugang zu den Spezialambulanzen zu ermöglichen, sondern auch der Schweregrad. Die Behandlung der leichteren, also regulären Ver-



Die neue spezialfachärztliche Versorgung richtet sich in der Neurologie vermutlich vor allem an Patienten mit eskalationspflichtiger Multiple Sklerose und an Pharmakotherapie-resistente Epilepsiepatienten.

läufe, erfolgt weiterhin in Vertragsarztpraxen oder medizinischen Versorgungszentren. Die Operationalisierung der Schweregrade erfolgt ebenfalls in der G-BA-Richtlinie. Wir rechnen hier nicht mit großartigen Überraschungen, sondern gehen davon aus, dass bei den MS-Patienten hier hochaktive Patienten unter der Basistherapie, also eskalationspflichtige Patienten, gemeint sein dürften und bei der Epilepsie Pharmakotherapie-resistente Patienten mit häufigen Anfällen. Im Prinzip werden damit bereits etablierte Versorgungswege nur institutionalisiert und transparenter gemacht. Die Vergütung erfolgt außerhalb

der mobilitätsbedingten Gesamtvergütung zu festen Preisen.

Die neurologischen Berufsverbände und Fachgesellschaften stimmen sich inhaltlich ab, um mit dem gemeinsamen Bundesausschuss in Kontakt zu treten. Als Sprechergruppe wurden hier die Task Force „Versorgungsstrukturen“ der KKN-MS mit Vertretern von DGN, DMSG, BDN und BVDN besetzt. Namentlich sind dies: Professor Ralf Gold, Professor Heinz Wiendl, Professor Bernhard Hemmer, Professor Bernd Kieseier, Professor Peter Flachenecker, Dr. Michael Lang, Professor Volker Limmroth, Professor Jutta Gärtner, Professor Wolfgang Brück

und Dr. Uwe Meier. Für die Epilepsie koordinieren Professor Felix Rosenow und Dr. Ralf Berkenfeld die Absprachen zwischen den Berufsverbänden und Fachgesellschaften. □

AUTOR

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Versorgungsstruktur

Morbidität erfassen und abbilden

Eine neue Auswertung des „Deutschen Instituts für Qualität in der Neurologie“ (DIQN) gibt einen Überblick über die Häufigkeit der verschiedenen Diagnosen in neurologischen Praxen.

Die Auswertung des DIQN betrachtet die vollständigen Diagnosedaten von mehr als 50 neurologischen Praxen. Sie gibt damit einen Überblick über die Versorgungsbreite, die niedergelassene Neurologen abdecken und die sich keinesfalls auf die entsprechenden ICD-Kapitel G und gegebenenfalls F beschränkt. Anders als in vielen amtlichen Statistiken wurden von der Untersuchung nur Daten neurologischer Praxen ausgewertet und es wurde kein Pool mit nervenärztlichen und/oder psychiatrischen Praxen erzeugt. Damit werden die Verhältnisse in neurologischen Praxen besonders differenziert abgebildet.

Überblick über Diagnosen der letzten drei Jahre

Die erste Auswertung gibt einen Überblick über alle Diagnosen der vergangenen drei Jahre (bis Ende Dezember 2011) in 52 neurologischen Praxen. Dabei zeigte sich zum Beispiel, dass die Diagnose M54 (Rückenschmerz) die vierthäufigste Diagnose in den neurologischen Praxen war. Daraus folgt, dass

Neurologen bei neuen Versorgungsstrukturen und Versorgungsprogrammen in Zusammenhang mit Rückenschmerzen zwingend eingebunden werden müssen.

Daten neurologischer Praxen aus einem Quartal

Die zweite Untersuchung wertete die Daten von 54 neurologischen Praxen im letzten Quartal 2011 aus. Hier ergeben sich zu der 3-Jahres-Auswertung deutliche Unterschiede. Interessierte finden die Diagnosestatistiken alphabetisch und nach Häufigkeit sortiert auf der Website des BDN (www.neuroscout.de) unter „Projekte“ und dem Unterpunkt „DIQN“.

Zusammenarbeit mit IMS Health

Das DIQN arbeitet im Bereich Arzneimittel mit der Firma IMS Health zusammen. Die Gesellschafter des DIQN konnten mit IMS Health vereinbaren, regelmäßig Daten aus dem Bereich Neurologie/Psychiatrie/Nervenheilkunde zu erhalten. Außerdem stellt IMS Health das zur Auswertung notwendige Statistik-

programm zur Verfügung (Disease Analyzer). Im Gegenzug haben sich die Verbände dazu bereit erklärt, Kolleginnen und Kollegen dazu aufzufordern, sich an dem Panel von IMS Health „Neurologie, Psychiatrie, Nervenheilkunde“ zu beteiligen und Datenlieferanten zu werden. Das ist im eigenen Interesse des Verbandes: Denn je mehr Praxen sich beteiligen, umso valider sind die Daten, die das DIQN von IMS Health bekommt und mit denen das Institut arbeitet.

Das DIQN ist eine gemeinsame Einrichtung von DGN, BDN und BVDN. Das Institut betreut für die Verbände Projekte, die den Mitgliedern zu Gute kommen, dokumentiert die Versorgungsleistungen des Faches und unterstützt Verbandsvorhaben. Ein wichtiger Bereich ist außerdem die Nachwuchsarbeit: Das DIQN unterstützt die „Jungen Neurologen“ organisatorisch und inhaltlich. □

AUTOR

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln

Die Neurologie in der zentralen Notaufnahme

Besser primär fachspezifisch oder nicht?



Die Versorgung neurologischer Notfallpatienten ist eine der herausragenden Aufgaben neurologischer Kliniken. Die Notaufnahmen sind bei der Akutversorgung entscheidend: Sie sind zunehmend zentral organisiert, Notfallpatienten mit Krankheitsbildern aus allen Fachrichtungen werden dabei an einem Ort interdisziplinär behandelt. Aber wie soll diese Interdisziplinarität konkret gelebt werden?

© dpa

Auf der einen Seite fordert die „Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin“ (DGINA) unabhängige Fachabteilungen und einen eigenen Facharzt für Notfallmedizin (www.dgina.de). Nach diesem Konzept sollen Universalisten der Notfallmedizin fachübergreifend alle Patienten in einer eigenständigen „Zentralen Notaufnahme“ (ZNA) behandeln. Für neurologische Patienten würde dies bedeuten, dass sie zumindest primär nicht von Neurologen, sondern allgemein ausgebildeten Notfallmedizinern gesehen werden. Demgegenüber steht die auch von der DGN gestellte Forderung, dass Notfallpatienten primär fachspezifisch gesehen werden müssen [Gries et al. Notfallbehandlung: Zentral und Interdisziplinär. Dtsch Arztebl 2010; 107: A268 – A269]. Tatsächlich ermöglicht nur die unmittelbar vorhandene fachspezifische Expertise bei zeitkritischen Krankheitsbildern eine adäquate Behandlung. Bestes Beispiel hierfür ist der akute Schlaganfall: Hier muss die Indikation für eine Lyse so schnell wie möglich geprüft und gegebenenfalls ein-

geleitet werden. Tatsächlich konnten durch die Einführung von Stroke Units die „Door-to-needle“-Zeiten in den letzten Jahren wirksam reduziert werden.

Hauptargumente für eine primär fachspezifische Versorgung

Beide Standpunkte haben ihre Argumente. Die Einführung einer eigenständigen, von Notfallmedizinern betreuten ZNA würde die Abläufe in einigen Punkten fraglos erleichtern. Die häufig schwierige Zuordnung zu bestimmten Fachabteilungen würde entfallen, entsprechend könnten die gelegentlich auftretenden kontraproduktiven Diskussionen, warum denn ein bestimmter Patient ausgerechnet jener und nicht einer anderen Abteilung zugeteilt worden sei, vermieden werden. Auch die Wartezeiten könnten sich möglicherweise verkürzen, weil das Hinzuziehen fachspezifischer Kollegen in der Primärversorgung nicht vorgesehen wäre. Eine eigenständige Leitung der Notaufnahme würde auch die Kommunikation nach Außen (Rettungsleitstelle, Notärzte, Hausärzte,

Sanitäter) erleichtern, da es einen für alle Belange zuständigen Ansprechpartner gäbe und nicht auf einzelne Kliniken verwiesen werden müsste.

Hauptargument für eine primär fachspezifische Betreuung sind die akut erkrankten Patienten, die sich häufig nicht nach einfachen Algorithmen untersuchen und behandeln lassen. Hier ist eine sofortige Spezialistenmeinung gefragt. Dies gilt bei neurologischen Patienten mit deren komplexen Krankheitsbildern und zeitkritischen Behandlungsoptionen in besonderem Maße. Aber nicht nur die schwerkranken Patienten profitieren von einer frühen fachspezifischen Einschätzung – auch für die Ressourcen wäre dies wichtig. Nur bei ausreichender Erfahrung im Fachgebiet ist es möglich, bei eintreffenden Patienten frühzeitig eine Ressourcenfestlegung zu treffen. Erfahrungsgemäß wird mit zunehmender Expertise der behandelnden Ärzte konsequenter auf unnötige Untersuchungen verzichtet. Dadurch werden Abläufe beschleunigt und das wirkt sich auch unmittelbar auf die Kosten der Notfallversorgung aus.

Integratives Modell – zentrale und fachspezifische Behandlung

Eine wesentliche Herausforderung bei der Organisation der Notaufnahme ist die Integration der zentralen mit der fachspezifischen Behandlung. Eine abgekoppelte fachspezifische Versorgung ist nicht sinnvoll. Sie würde enorme räumliche und pflegerische Kapazitäten binden (ein Pflegeteam pro Fach) und die bei multimorbiden Patienten oder komplexen Krankheitsbildern nötige interdisziplinäre Behandlung erschweren.

Bei aller Interdisziplinarität ist eine gewisse übergeordnete Leitungsstruktur der ZNA notwendig. Sie erlaubt die verantwortliche Vertretung nach Innen und Außen und ist für konzeptionelle Entwicklungen der Notaufnahme wichtig. Unterschiedliche Leitungsstrukturen sind denkbar, keineswegs muss es sich um eine chefärztlich geführte eigenständige Abteilung handeln. Auch ein leitender beziehungsweise geschäftsführender Oberarzt wäre eine gute Lösung. Dieser ist direkt dem ärztlichen Vorstand oder einem Gremium der an der Notfallversorgung beteiligten Kliniken unterstellt.

Die fachspezifische neurologische Primärversorgung ist zunächst eine Frage der ärztlichen Ressourcen. Unabdingbar ist die permanente sofortige Verfügbarkeit neurologischer Kompetenz auf Facharztniveau. Die dafür notwendigen Stellen können natürlich nur bei entsprechendem Patientenaufkommen gewährt werden. In kleineren Kliniken wird dies nicht möglich sein, wohl aber in großen kommunalen Häusern und universitären Einrichtungen mit dem Anspruch einer fachspezifischen Behandlung.

Die ZNA des Klinikums der Universität München als Beispiel

In der ZNA des Klinikums der Universität München Campus Großhadern werden jährlich etwa 25.000 Patienten behandelt. Circa 4.500 von ihnen werden mit neurologischen Krankheitsbildern vorstellig und entsprechend primär vom Neurologen gesehen. Zum 1. Juli 2012 erfolgte eine grundlegende Umstrukturierung der ZNA am Campus Großhadern. Erstmals wurde eine übergeordnete ärztliche Leitung in Form eines geschäftsführenden Oberarztes klar definiert. Ihm unterstellt wurden fünf wei-

Vor- und Nachteile der verschiedenen ZNA-Modelle		
	Eigenständige ZNA mit Notfallmedizinern	Fachspezifisch gegliederte ZNA mit Spezialisten
Wartezeiten	Gering, da behandelnde Ärzte immer vor Ort sind	Eventuell länger, da Ärzte teilweise erst hinzugezogen werden müssen
Abläufe	Vereinfacht	Komplexer
Kommunikation nach Außen	Vereinfacht	Komplexer
Innerklinische Position	Unabhängig	Abhängig (von den einzelnen Kliniken)
Ressourcenfestlegung	Nach allgemeiner Triage	Nach fachspezifischer Triage
Expertise	Allgemein vorhanden	Fachspezifisch vorhanden

Tabelle 1

tere Oberärzte aus den an der Notfallversorgung beteiligten Kliniken. Das ergibt aktuell insgesamt sechs Oberärzte folgender Fachrichtungen: Ein Neurologe (geschäftsführender Oberarzt), zwei Chirurgen, zwei Internisten, ein Anästhesist. Die Oberärzte sind zu den Kernzeiten (8.00 bis 22.00 Uhr) im Schichtdienst in

Teams aus den entsprechenden Kliniken (hier: Neurologie und Kardiologie), die mit Eintreffen des Patienten in der Notaufnahme die Betreuung übernehmen.

Fazit

Eine zentrale und fachspezifische Betreuung von Notfallpatienten ist realisierbar.

» Eine zentrale und fachspezifische Betreuung von Notfallpatienten ist realisierbar. Dies setzt allerdings eine weitgefächerte ärztliche Präsenz voraus, welche nur bei hohen Fallzahlen zu rechtfertigen ist. «

der Notaufnahme präsent; jeweils ein Vertreter der operativen (Chirurgie, Anästhesie) und einer der konservativen Fächer (Innere, Neurologie).

Die Assistenzärzte werden nach wie vor von den einzelnen Kliniken gestellt. Für die Bereiche Chirurgie, Innere Medizin und Neurologie gibt es assistenzärztliche Rund-um-die-Uhr-Besetzungen, die primär für die Versorgung „ihrer“ ZNA-Patienten zuständig sind. Bei anderen Krankheitsbildern (z. B. HNO, Urologie) werden die jeweiligen „Hausdienste“ durch das Pflegepersonal angefordert.

Die Assistenzärzte sind fachlich den diensthabenden Oberärzten der jeweiligen Klinik unterstellt. Dadurch bleibt die fachspezifische Behandlungsverantwortung garantiert. Für spezielle Krankheitsbilder (z. B. Schlaganfall, Thoraxschmerz) gibt es zusätzliche Notfall-

Dies setzt allerdings eine weitgefächerte (unter anderem neurologische) ärztliche Präsenz voraus, welche nur bei hohen Fallzahlen zu rechtfertigen ist. Trotz des interdisziplinären Ansatzes und der fachgebunden Behandlungsverantwortung bedarf es in der ZNA auch übergeordneter Leitungsstrukturen. Die Neurologen sind gefordert, sich auf allen Ebenen der ZNA einzubringen, schließlich sind dort neurologische Krankheitsbilder nach internistischen und chirurgischen am dritthäufigsten anzutreffen. □

AUTOR

PD Dr. med. Thomas Pfefferkorn, München

Honorarentwicklung vertragsärztlicher Tätigkeit

Die Neurologen haben aufgeholt!

Neurologen gehörten traditionell zu den Schlusslichtern in der Honorarstatistik. Die Ursachen hierfür sind vielfältig, die Verteilungsalgorithmen schwer zu verstehen und die Ergebnisse schwer nachvollziehbar, geschweige denn zu akzeptieren. Berufspolitisch besteht die größte Herausforderung darin, Bedingungen herbeizuführen, die eine gerechte Anpassung der Honorarumsätze an die Versorgungsleistung ermöglicht.

Eine Ursache für die Schlussposition der Neurologen in der Honorarstatistik war eine historisch schwache Vertretung in den Gremien der kassenärztlichen Vereinigungen. Denn ist eine Fachgruppe erst einmal in einer Honorarklasse verankert, ist der Aufstieg in eine höhere Klasse schwierig, weil die Honorarverteilungslogik immer an den vorhandenen Daten ansetzt und diese fortschreibt, zumal der Honoraranstieg einer Fachgrup-

pe weitgehend zulasten anderer Fachgruppen geht. Keinesfalls lässt sich die Honorarhöhe einer Fachgruppe an ihrer Versorgungsleistung messen. Um zu verstehen, wo Berufspolitik hier ansetzen kann, muss man zunächst verstehen, welche Faktoren die Honorarumsätze bestimmen. Dies sind zuallererst die Bewertungen der neurologischen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) durch die Bewertungsausschüsse der Kas-

senärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Krankenkassen. Weitere Faktoren sind die den Ländern zur Verteilung zur Verfügung gestellten Finanzmittel, länderspezifische budgetbegrenzende Maßnahmen und nicht zuletzt die durch die Fachgruppe angeforderten Leistungsmengen. Aus dem letzten Faktor leitet sich der prozentuale Anspruch einer Fachgruppe aus dem für die Fachärzte zur Verteilung anstehenden Honorartopf ab.



Die Honorare für Neurologen haben sich in den letzten Jahren positiv entwickelt. Allerdings weisen die Überschüsse der Neurologen eine hohe Varianz auf, vor allem ist sie in den einzelnen Bundesländern extrem unterschiedlich.

Maßnahmen in der Vergangenheit

Eine der wichtigsten Maßnahmen der Berufsverbände in der Vergangenheit war folgerichtig die Leistungsbewertung und damit auch die anzufordernden Leistungsmengen zu erhöhen. Hier konnten wichtige Erfolge herbeigeführt werden. Ein bedeutsamer Schritt war ebenso die Anpassung des Kostenanteils neurologischer Leistungen. Diese waren bis 2008 viel zu niedrig angesetzt und orientierten sich anachronistisch an den Kosten einer neurologischen Praxis mit der apparativen Ausstattung der 1960er- und 1970er-Jahre und nicht an einer ambulanten Hochleistungsneurologie inklusive umfassender Neurophysiologie und Neurosonologie der 2000er-Jahre. Nach insgesamt drei Anläufen konnte im Rahmen einer diesmal von der KBV und den Krankenkassen akzeptierten Kostenstudie eine Aufwertung neurologischer Leistungen erfolgen. Diese 2007 durchgeführte Struktur- und Kostenerhebung ergab Jahreskosten von insgesamt 139.000 €, was einer Erhöhung um fast 30.000 € gegenüber dem Status quo entsprach und letztlich eine Anhebung der Honorare von bis zu 20 % zur Folge hatte.

Einführung von Betreuungsziffern

Weitere Maßnahmen waren unter anderem die Einführung der sogenannten Betreuungsziffern. Die praktisch einzigartige Einführung dieser EBM-Position entsprach einer von den Berufsverbänden eingeforderten Berücksichtigung der hohen Versorgungsleistung von Neurologen, die sich daraus ergibt, dass neurologische Patienten im Durchschnitt sehr viel schwerer erkrankt und nicht zuletzt durch die Art der Störungsmuster aufwändiger in der Versorgung sind. Betreuungsziffern werden diesem Umstand insofern gerecht, als dass sie nicht mit einer spezifischen apparativen Leistung einhergehen, sondern dem ICD-Code, der Anzahl der Kontakte und der dem Patienten zur Verfügung gestellten Zeit Rechnung tragen. Eine andere Dauerforderung der Berufsverbände nach einer dringend erforderlichen Erhöhung der neurophysiologischen Leistungen respektive des EMG konnte bis heute nicht durchgesetzt werden, wobei dies derzeit erneut geprüft wird (siehe Perspektive am Ende dieses Artikels).

Anstieg der Jahresüberschüsse

Im Bundesdurchschnitt konnten die hier exemplarisch aufgezeigten und wichtigsten Maßnahmen dazu führen, dass sich die Honorarumsätze der Neurologen deutlich steigerten, was die im Frühjahr diesen Jahres publizierten Ergebnisse des ZI-Panel-Praxis(ZIPP)-Jahresbericht 2010 aufzeigen (siehe auch den Bericht von Dr. Frank Bergmann ab Seite 48 in dieser Ausgabe). Diese auf den testierten Angaben von Steuerberatern basierenden Daten zeigen, dass Neurologen in den Jahren 2006 bis 2008 einen Anstieg sowohl der standardisierten als auch der nicht-standardisierten Jahresüberschüsse (siehe **Abbildung 1**) verzeichneten. Jahresüberschüsse ergeben sich aus dem Praxisumsatz abzüglich der Betriebskosten. Betriebskosten einer Praxis sind die Kosten für angestelltes und externes Personal, Material und Labor, Miete, Energie, Versicherungen etc. Diese Überschüsse sind natürlich zu versteuern, und hiervon sind auch noch die persönlichen Sozialversicherungsbeiträge des Praxisinhabers für Krankenkassenbeiträge und Versorgungswerk abzuziehen. Erwartungsgemäß stellen die Personalkosten den höchsten Kostenanteil einer neurologischen Praxis dar (47,8 % in einer Einzelpraxis, 30,9 % in einer Gemeinschaftspraxis). Die nicht-standardisierten Überschüsse berücksichtigen sämtliche Einnahmen aus vertragsärztlicher und nicht-vertrags-

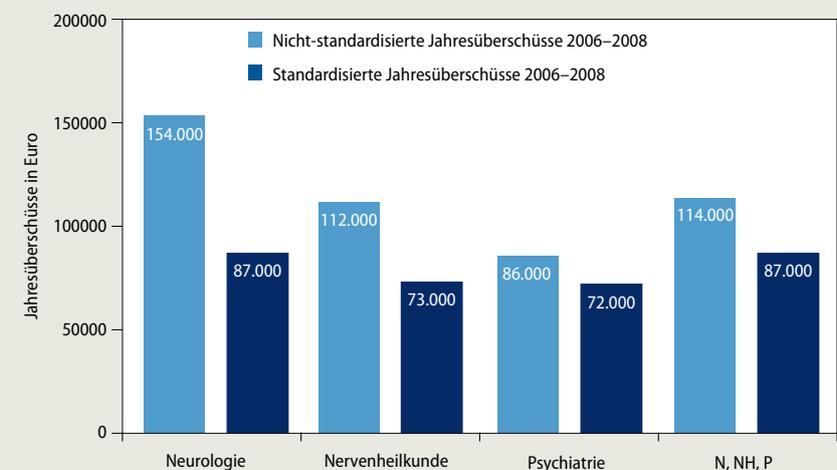
ärztlicher Tätigkeit wie privatärztlicher Tätigkeit, Konsile oder Gutachten. Die Standardisierung berücksichtigt ausschließlich die KV-Tätigkeit und wird auf eine Standardjahreszeit gerechnet, um Umsätze zwischen den Fachgruppen vergleichbar zu machen. Als mittlerer Jahresüberschuss resultierte im Jahr 2006 für alle Vertragsärzte ein Betrag von 107.734 € je Praxisinhaber (137.458 € je Praxis), im Jahr 2007 von 114.808 € (146.087 € je Praxis) und 2008 von 123.170 € (157.860 € je Praxis).

Die Situation für die Neurologen

Die Betriebskosten eines Praxisinhabers in einer Einzelpraxis betragen 2008 132.000 €, in einer Gemeinschaftspraxis 205.000 € pro Praxisinhaber. Diesen höheren Praxiskosten in Gemeinschaftspraxen stehen allerdings auch höhere Umsätze gegenüber. Auf die Jahresüberschüsse wirkt sich dies nicht aus, diese beliefen sich bei Praxisinhabern von Einzel- und Gemeinschaftspraxen 2008 auf 171.000 €. Im Längsschnittvergleich konnten die nicht-standardisierten Jahresüberschüsse der Neurologen im Schnitt von 2006 bis 2008 von 130.000 € auf 171.000 € gesteigert werden, was einer Steigerungsrate von über 30 % entspricht. Bezogen auf die reine KV-Tätigkeit ergibt sich im selben Zeitraum eine Steigerung von circa 20 % auf 87.000 €. Diese Daten quantifizieren die Interventionen der Berufsverbände einerseits

ZI-Praxis Panel – Erhebungswelle 2010

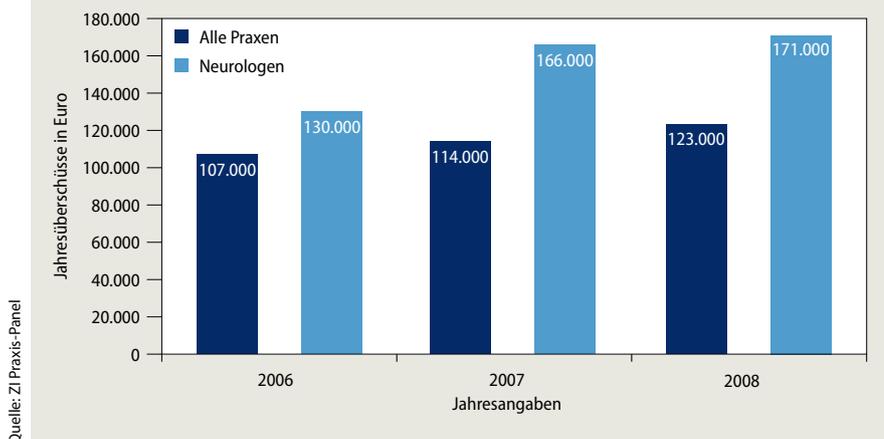
Abbildung 1



Quelle: ZI-Praxis-Panel

Jahresüberschüsse von Praxen von 2006 bis 2008 im Vergleich

Abbildung 2

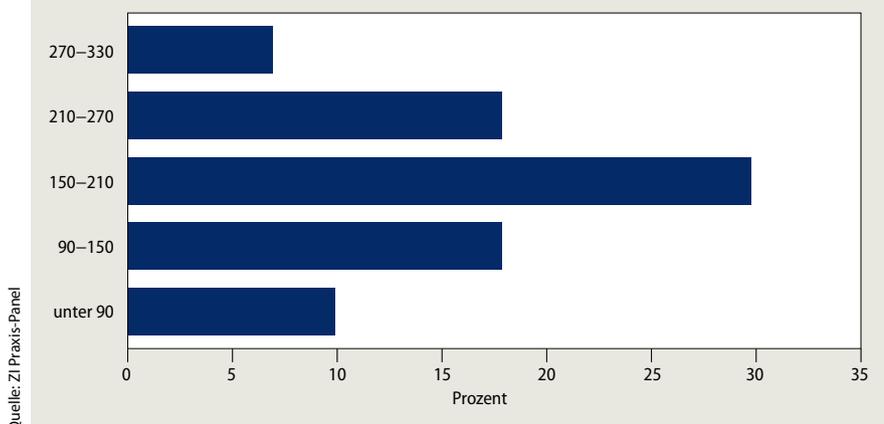


Quelle: ZI Praxis-Panel

inhabern erst mit einer Latenz von einem halben Jahr bekannt gegeben wird. Diese Daten werden nur unsystematisch kommuniziert, kollektive Statistiken stehen nur bedingt zur Verfügung. Die Erfahrung bei der Bewertung von ad hoc kommunizierten Daten zu RLV-Entwicklungen zeigen, dass diese aus den oben genannten Gründen nur mit Vorsicht zu interpretieren sind, da letztlich nur reale Fallwertentwicklungen von Belang sind und eine Vergleichbarkeit ermöglichen. Wir kennen die Diskussion um Statistiken, die für den eigenen Vorteil „schön- oder schlechtgerechnet“ wurden, sowohl innerhalb unserer Fachgruppen als auch mit anderen Fachgruppen. Das ist berufspolitisch wenig hilfreich.

Prozentualer Anteil von Praxen in Honorarklassen (in Tausend Euro)

Abbildung 3



Quelle: ZI Praxis-Panel

Steigerungsquoten zukünftig geringer?

Kurz vor Redaktionsschluss hat die KBV aktuelle Daten zur Honorarentwicklung im ersten Halbjahr 2011 publiziert. Diese Daten lassen deutlicher erkennen, dass die relativ hohen Honoraranstiege sehr viel mehr auf Nicht-KV-Einnahmen zurückzuführen sind, als es die ZIPP-Daten beschreiben. Es konnte zwar vom ersten Halbjahr 2010 auf das erste Halbjahr 2011 auch ein Anstieg der Honorarumsätze von 8,9% verzeichnet werden. Im Fachgruppenvergleich finden sich die Neurologen bezogen auf die reinen KV-Umsätze aber im unteren Bereich. Dies ist natürlich hinsichtlich der Versorgungsleistung völlig inakzeptabel. Auch sind die Entwicklungen in den Ländern teilweise gegenläufig. Hierzu stehen wir mit den Landessprechern des BDN in engem Kontakt. Entscheidend ist, dass wir auch im Land stark vertreten sind. Eine enge Kooperation mit den Landesverbänden des BVDN ist wichtig, um einen Missbrauch der Regionalsierungsmöglichkeiten gegen unsere Interessen vorzubeugen. Die Forderungen von Honorarausgleichszahlungen werden inzwischen in allen KVen wieder laut. Wenn dies erfolgt und konsequent umgesetzt wird, werden unsere Fachgruppen, und zwar Neurologen, Nervenärzte und Psychiater zusammen, Geld an Fachgruppen transferieren müssen, die niedrigere Umsätze als unsere Fachgruppen erzielen – das muss unbedingt verhindert werden!

eindrucksvoll. Andererseits zeigen die Daten in der qualitativen Auswertung, dass Neurologen einen Großteil ihrer Einnahmen aus nicht-vertragsärztlicher Tätigkeit generieren. Die ZIPP-Daten weisen in diesem Zusammenhang einen ausgesprochen hohen Anteil von Konsiliartätigkeiten im Fachgruppenvergleich aus.

Interessant sind die Auswertungen des ZIPP zur wöchentlichen Arbeitszeit: Diese betrug 2008 bei Neurologen durchschnittlich 54 Stunden und wich nur unwesentlich vom Durchschnitt aller Praxen ab (52 Stunden). 71% dieser Arbeitszeit konnte direkt dem Patienten gewidmet werden, 22% waren patientenbezogene

Arbeit ohne Patienten und 7% der Arbeit galt dem Praxismanagement.

Status quo im föderalistischen Dickicht

Die aktuelle Honorarsituation mit Vergleichsdaten zu beschreiben fällt sehr viel schwerer. Zur Verfügung stehen mit unterschiedlicher Datenqualität die Regelleistungsvolumina (RLV) und Qualitätsbezogenen Zusatzvolumina (QZV) von 17 KVen. Da in jedem Land unterschiedliche Regeln zur Aufteilung der RLV und QZV bestehen, sind diese Daten nur bedingt vergleichbar. Ein weiteres Problem ist, dass die realen Honorare, also das was in der Endabrechnung tatsächlich überwiesen wird, den Praxis-

Ausblick

Es ist eine Binsenweisheit der Versorgungsforschung, dass sich das Versorgungsverhalten der Ärzte in Praxis und Klinik an wirtschaftliche Rahmenbedingungen anpasst. Die Auswertungen von Entwicklungen der Honorarstatistiken bestätigen diesen Zusammenhang. Wir konnten in der Vergangenheit beobachten, dass die sogenannten freien Leistungen, die keiner Budgetrestriktion unterliegen, inflationär ausgeweitet wurden, was die Honorierung der Leistungen der Regelversorgung im gleichen Atemzug entwertet hat. Völlig folgerichtig hat man dieser Entwicklung durch weitgehende Abschaffung der freien Leistungen einen Riegel vorgeschoben.

Abwertung technischer Leistungen

Die aktuellen Reformbemühungen der KBV und der Krankenkassen gehen noch einen Schritt weiter: Durch die Abwertung deligierbarer technischer Leistungen möchte man Ressourcen für die unmittelbaren Arzt-Patientenkontakte freisetzen. Dieses Vorgehen ist im Ansatz richtig, da es patienten- und leistungsorientiert ist und Fehlanreize der Vergangenheit abschafft. Bei kritischer Prüfung der Indikation medizinischer Leistungen fallen sicher jedem von uns – gerade beim Blick über den Tellerrand anderer Fachgruppen – genug Beispiele ein. Aber auch die kritische Selbstreflexion unseres eigenen Versorgungsverhaltens dürfte hier Diskrepanzen aufzeigen.

Neu- und Altpatienten unterscheiden

Eine weitere Überlegung der KBV und der Krankenkassen betrifft die Unterscheidung von Neu- und Altpatienten, da diese zumindest partiell einen unterschiedlichen Versorgungsaufwand ausmachen. Man möchte hier den „Rezeptpatienten“, der mit einem kurzen Quartalskontakt die gleiche Pauschale auslöst, von den Patienten differenzieren, die als Neupatienten umfassend diagnostisch abgeklärt und therapeutisch versorgt werden. Vor diesem Hintergrund sind die Wiedereinführung der neurologischen Gesprächsziffern im EBM ein notwendiger Schritt gewesen, um die in unserem Fachgebiet dringend notwendige Abrechnungsmöglichkeit von Wiederholungskontakten im Quartal und die im

Einzelfall ausreichend lange Beschäftigung mit einem Patienten und deren Angehörigen honorartechnisch korrekt abbilden zu können. Denn Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen zum Beispiel haben kognitive, sprachsystematische und affektive Beeinträchtigungen und benötigen mehr Zeit und Zuwendung als andere Patienten. Gespräche haben hier eine eigenständige diagnostische und therapeutische Wertigkeit.

Neurologie als Zuwendungsfach

Die möglichen Reformen können zu einer Abwertung auch der neurologischen apparativen Leistungen führen. Umso wichtiger ist es, dass wir dies mit den Zuwendungsleistungen (Gespräche, aber auch den Betreuungsleistungen) kompensieren beziehungsweise überkompensieren können. Die Forderung nach einer Höherbewertung der neurophysiologischen Leistungen bleibt weiter bestehen. Hierzu stehen wir im engen Kontakt mit dem Honorardezernat der KBV. Weitere Forderungen sind die Einführung einer EBM-Leistung für die Botulinumtherapie, die bisher aufgrund der assoziativen Nähe zu kosmetischen Indikationen von den Krankenkassen abgelehnt wurde, weil hier offenbar ein Missbrauchspotenzial gesehen wird. Der Unterschied neurologischer Patienten mit Spastik oder Dystonie und Konsumenten kosmetischer Botulinumanwendungen kann hier deutlicher nicht sein. Perspektivisch erhoffen wir uns von den geplanten Reformen mehr Honorargerechtigkeit – sowohl im Verhältnis zu anderen Fachgruppen als auch innerhalb unserer Fachgruppe.

Zusammenfassung

Die Daten des Zentralinstitutes zeigen, dass die Neurologie in den vergangenen Jahren erhebliche Umsatzsteigerungen verzeichnen konnte (**Abbildung 2**). 2006 lagen Neurologen 22.700 € über dem Durchschnitt aller Praxen (20 % über Durchschnitt), 2008 48.000 € über dem Durchschnitt (39 %). Diese Zahlen müssen allerdings in mehrfacher Hinsicht kritisch gesehen werden: Generell ist anzumerken, dass es sich bei den Daten um die am besten verfügbaren handelt. Andererseits haben sich die Neurologen nur relativ schwach an der Auswertung betei-

ligt. Der Standardfehler ist aus diesem Grund sehr hoch.

Problembereiche der Detailanalyse

Aber auch die Detailanalyse weist erhebliche Problembereiche auf, aus denen sich klare berufspolitische Forderungen ableiten. Die relativ hohen Überschüsse der Neurologen weisen eine verhältnismäßig hohe Varianz auf, wenn man sich die Verteilung der neurologischen Praxen auf die jeweiligen Honorarklassen ansieht. Immerhin 10 % aller Neurologen haben nur einen Jahresüberschuss von unter 90.000 €. Das kann zum Teil einer selbst gewählten geringen Wochenstundenzahl geschuldet sein. Allerdings wissen wir um die dramatischen Honorardifferenzen der einzelnen Bundesländer. Dies ist berufspolitisch nicht hinzunehmen. Der BDN hat hier eine klare Position: Gleiches Geld für gleiche Arbeit für die erbrachten Einzelleistungen, unabhängig von der Fachgruppenzugehörigkeit und ebenso unabhängig von der Länderzugehörigkeit – allein die Leistung zählt.

Höhere Jahresüberschüsse anderer Fachgruppen

Und dies führt zu einer weiteren, vielleicht der deutlichsten Ungerechtigkeit: Andere Fachgruppen generieren bis zu 30 – 50 % mehr Jahresüberschüsse aus der KV-Tätigkeit bei gleicher Wochenarbeitszeit wie Neurologen – mit welchem Recht? (Die Daten sind auf den Internetseiten des Zentralinstitutes einsehbar). Auch die aktuellen Entwicklungen der reinen KV-Honorarumsätze sind im Fachgruppenvergleich nicht akzeptabel. Hier brauchen wir eine starke Präsenz der Berufsverbände, um weiterhin für eine leistungsgerechte Anpassung der Honorare für die Neurologen kämpfen zu können.

AUTOR

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

ZI-Praxis-Panel

Umfassende Daten – gerechtere Honorare

Mit dem ZI-Praxis-Panel-Jahresbericht 2010 (ZIPP) wurde der erste Bericht einer kontinuierlichen Erhebungswelle vorgestellt, der die Datengrundlage für die Entwicklung der Investitions- und Betriebskosten in Arztpraxen im Rahmen jährlicher Anpassungen der vertragsärztlichen Vergütungen schaffen soll. Die Ergebnisse dieser ersten Erhebung zeigen: Die Vergütung der Leistungen, die niedergelassene Ärzte für GKV-Patienten erbringen, entsprechen nicht den Kriterien, die der Kalkulation des EBM zugrunde lagen. Für eine gerechtere Entlohnung ist aber nicht nur Transparenz, sondern auch die Beteiligung der Fachärzte wichtig.



© Daniel Mock / Fotolia.com

Nur die Beteiligung aller angeschriebenen Neurologen an der Erhebung kann eine Datengrundlage schaffen, mit der wir gegen die Unterfinanzierung der ärztlichen Leistung und auch die Ungerechtigkeit in der Verteilung der Mittel kämpfen können.

für die Jahre 2006 bis 2008 ausgewertet wurden, ergab, dass die Vergütung der Leistungen, die niedergelassene Ärzte für GKV-Patienten erbringen, nicht den Kriterien entsprechen, die der Kalkulation des EBM zugrunde gelegt wurden. Zur Erinnerung: Der EBM geht in der bisherigen Kalkulation davon aus, dass ein Arzt bei 51 Wochenstunden einen Überschuss von durchschnittlich 105.000 € erreichen kann. Es wurden aber im Durchschnitt nur knapp 92.000 € erzielt. Zurecht wies daher der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, darauf hin, dass eine erhebliche Unterdeckung in Bezug auf den ärztlichen Überschuss besteht, besonders auch bezüglich der Refinanzierung der jeweiligen Praxiskosten.

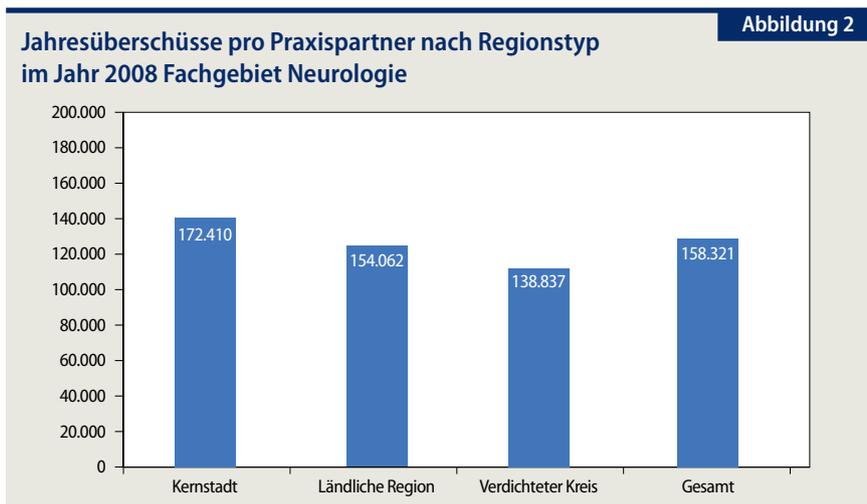
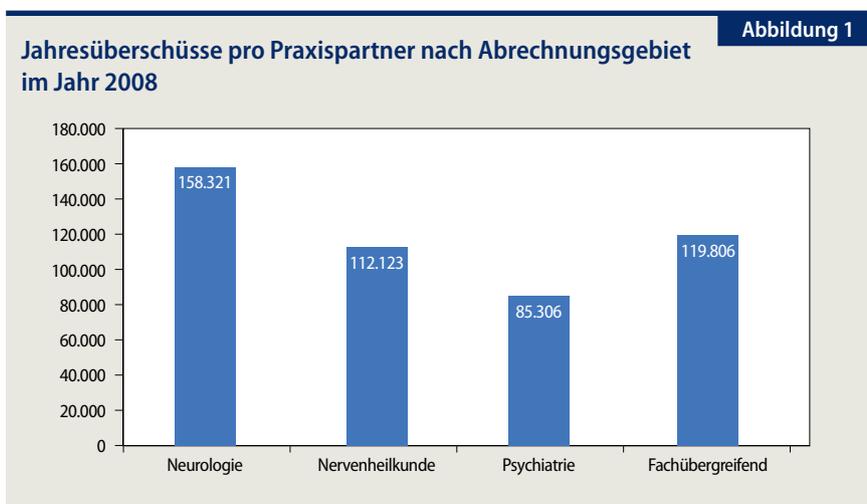
Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Betriebskosten (Gesamtaufwendungen) stiegen von 2006 bis 2008 im Mittel um 3,1 % je Praxisinhaber. Dabei stiegen die Aufwendungen für angestelltes Personal mit 7,1 % überproportional. Daraus ergab sich eine Verschärfung des Investitionsstaus von 2006 bis 2010. Der offene Investitionsbedarf für Neuanschaffungen 2010 wurde von den Teilnehmern auf rund 21.000 € je Praxis geschätzt. Dieser Betrag ist fast doppelt so hoch wie die 2008 tatsächlich vorgenommenen Investitionen. Das entspricht hochgerechnet über alle Praxen einer Investitionslücke in der vertragsärztlichen Versorgung von rund 2 Milliarden € im Jahr 2010. Während die Betriebskosten in Einzelpraxen zwischen 2006 und 2008 fast kon-

Viele Jahre hat die KBV darauf hingewirkt, die Entwicklung der Investitions- und Betriebskosten in Arztpraxen im Rahmen jährlicher Anpassungen der vertragsärztlichen Vergütungen zu berücksichtigen. Dies hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz umgesetzt, in dem Bewertungsausschuss und Gesamtvertragspartner explizit dazu aufgefordert wurden, im § 87 Abs. 2 g SGB V sowie im § 87 a Abs. 2 SGB V die Entwicklung der Investitions- und Betriebskosten zu berücksichtigen. Dazu ist eine geeignete Datengrundlage erforderlich, so dass KVen und KBV bereits 2009 das „Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland“ beauf-

tragt haben, in einem ZI-Praxis-Panel (ZIPP) eine solche Datengrundlage zu schaffen. Mit dem ZIPP-Jahresbericht 2010 wurde der erste Bericht einer kontinuierlichen Erhebungswelle vorgestellt, der die Ergebnisse der Berichtsjahre 2006, 2007 und 2008 zusammenfasst. Vorgesehen ist in Zukunft eine regelmäßige Berichterstattung des ZIPP über die Unterschiede zwischen den an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Fachgruppen und Regionen. Damit soll ZIPP auf notwendige Veränderungen des Vergütungssystems hinweisen.

Die Ergebnisse dieser ersten Erhebung, bei der Umsatz- und Kostendaten von rund 4.200 Praxen in Deutschland



stant blieben, verzeichneten die Gemeinschaftspraxen mit 7,6% einen deutlichen und im Vergleich zur allgemeinen Teuerungsrate überproportionalen Anstieg. Nach Abzug von Altersvorsorge, Krankenpflege, Versicherung und Einkommenssteuer blieb den teilnehmenden Praxisinhabern ein monatlich verfügbares Nettoeinkommen von rund 5.000 €. Das entspricht bei einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 52 Wochenstunden einem Stundenlohn von 26 €.

Bedeutung der ZIPP-Daten

Die vom ZI erhobenen Daten sind deshalb von großer Bedeutung für uns, da sie auf einer sehr breiten Datengrundlage eine Analyse der wirtschaftlichen Lage der Praxen bieten können. Die Erhe-

bungen werden jährlich fortgeführt. Dabei wird ein Panel von insgesamt rund 7.000 Praxen angestrebt. Vorgesehen ist, dass das ZIPP in zukünftiger regelmäßiger Folge berichtet, welche Differenzen zwischen den an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Fachgruppen und den Regionen bestehen und wie sich diese Unterschiede im Honorar auswirken. Damit soll das ZIPP auf notwendige Veränderungen des Vergütungssystems hinweisen.

Ein wichtiges Element des ZIPP ist die Überprüfung der Kalkulationskriterien. Dabei wird jeweils für jede Fachgruppe überprüft, ob ein angemessener Jahresüberschuss (wie kalkuliert) bei einer Normarbeitszeit wirklich erzielt wird. Es wird daher eine Standardisierung mit der Frage vorgenommen: Wird der kalkula-

torische Überschuss von (derzeit) 105.000 € erwirtschaftet, wenn die Praxis zum einen ausschließlich GKV-Leistungen erbringt und zum anderen eine Jahresarbeitszeit von 140.148 Minuten vorliegt?

Die Standardisierung der Jahresüberschüsse mit der Gegenüberstellung des Zielwertes von 105.000 € hat im Jahresbericht 2010 nicht nur gezeigt, dass die meisten Praxen den kalkulatorischen Zielwert nicht erreichen, sondern vor allem große Unterschiede zwischen den einzelnen Fachgruppen deutlich gemacht. Den standardisierten Jahresüberschuss überschreiten bei dieser Betrachtungsweise Fachgruppen wie Gastroenterologen, Hämatologen, Onkologen, Pneumologen sowie Rheumatologen deutlich. Demgegenüber gehören Nervenärzte, Neurologen und Psychiater mit diversen anderen Fachgruppen zu denjenigen, die den Zielwert bei weitem nicht erreichen. Wir erwarten natürlich mit Spannung die Ergebnisse der nächsten Erhebung, die sich auf die Veränderungen zum Jahr 2009/2010 beziehen, also nach der Honorarreform, denn wir wollen wissen, wie sich die zwischen den Berufsverbänden und der KBV besprochenen Veränderungen im EBM ab dem Jahr 2009 auf die Entwicklung der Honorare in neurologischen Praxen ausgewirkt haben.

Ihre Teilnahme ist wichtig

Es ist sehr wichtig, dass die Neurologen und Nervenärzte, die vom ZI angeschrieben und um Teilnahme am Praxis-Panel gebeten werden, an dieser Erhebung teilnehmen. Denn diese Daten werden in den nächsten Jahren nicht nur große Bedeutung – auch in der Diskussion zur Honorarverteilung – erlangen, sondern insbesondere in der Überarbeitung und Weiterentwicklung des EBM. Zukünftig wird hoffentlich nicht nur die generelle Unterfinanzierung der ärztlichen Leistung, sondern auch die Ungerechtigkeit in der Verteilung und Zuweisung der Mittel Thema sein – sei es zwischen den Bundesländern auf Ebene der KV-Gesamtvergütungen, oder auch zwischen den einzelnen Fachgruppen. □

AUTOR

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

BÄK-Vorschlag zur neuen GOÄ

Von der Schätzometrie zur betriebswirtschaftlichen Berechnung

Die aktuelle Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ – stammt im Wesentlichen aus dem Jahr 1983, in Internet-Jahren gemessen also aus der grauen Vorzeit. Trotzdem muss diese GOÄ täglich bemüht werden, um passend zu machen was eigentlich nicht passt. Das Dickicht der Analogziffern ist oft nur für Spezialisten durchschaubar, da sich die Leistungen und Arbeitsweisen im Gesundheitssystem in den letzten 30 Jahren enorm verändert und entwickelt haben. Zudem ist die aktuelle GOÄ wirtschaftlich unbefriedigend. Seit 1983 wurde der Punktwert der GOÄ um 14% angehoben – der Anstieg des Verbraucherpreisindexes betrug im Vergleichszeitraum demgegenüber bezogen auf Dienstleistungen mehr als 50%. Trotzdem lässt die neue GOÄ für Ärzte weiter auf sich warten.

Für die Verabschiedung der GOÄ ist der Gesetzgeber verantwortlich. Sie muss vom Bundeskabinett, dem Bundestag und dem Bundesrat für gültig erklärt werden. Doch die Politik erwartet, dass sich Ärzte und Versicherer, das heißt die Bundesärztekammer (BÄK) und der Verband der Privaten Krankenversiche-

rung (PKV), in Verhandlungen auf Grundzüge der Neuausgestaltung einigen. Dafür hat die BÄK einen umfassenden Vorschlag für eine neue GOÄ und ihre kontinuierliche Weiterentwicklung vorbereitet, von der PKV liegt dagegen bislang nur ein Konzeptpapier vor. Dementsprechend werden die notwendigen Ver-

handlungen von der PKV auch immer weiter verzögert.

In ihrem Argumentationspapier [1] beschreibt die BÄK die geleisteten Vorarbeiten: Unter Einbeziehung der rund 160 verschiedenen ärztlichen Berufsverbände und medizinischen Fachgesellschaften hat die BÄK einen umfassenden Vorschlag



Auch neurologische Leistungen werden in der neuen GOÄ besser abgebildet.

© gonnermann / sudraumfoto/imag

für eine neue GOÄ erarbeitet. Der nunmehr rund 4.050 Gebührenpositionen umfassende Einzelleistungskatalog bildet den modernen „State of the Art“ in ärztlicher Diagnostik und Therapie ab. Neben dem Einpflegen von Innovationen und zielleistungsgerechter Straffung von komplexeren Operationen und interventionellen Maßnahmen wurde in dem Vorschlag das Leistungsspektrum der zuwendungsintensiven Primärversorgung von Patienten und der sogenannten sprechenden Medizin adäquater und leistungsgerechter als in der alten GOÄ abgebildet.“

Betriebswirtschaftliche Kalkulation jeder einzelnen Position

Im Anschluss an die Neubeschreibung des ärztlichen Leistungsspektrums wurde jede einzelne Position des Leistungskatalogs betriebswirtschaftlich kalkuliert. Bereits vorhandene Kalkulationsmodelle wurden auf Stärken und Schwächen geprüft, zu einem sektorenübergreifenden Kalkulationsmodell weiterentwickelt und fachgebietsspezifisch ausdifferenziert, mit einer eigenständigen Datenerhebung zu insgesamt 70.000 betriebswirtschaftlichen Einzelparametern. Expertenangaben wurden auf Basis unabhängiger Recherchen gegengeprüft, die Kalkulationsergebnisse schließlich anhand umfangreicher Abrechnungsstichproben plausibilisiert. Wo sich durch den medizintechnischen Fortschritt zwischenzeitlich Rationalisierungseffekte ergeben hatten, wurden diese selbstverständlich berücksichtigt. Damit konnte insgesamt ein hoher Detaillierungsgrad erreicht werden.

Neuer Bewertungsansatz

Neben der Bewertungsarchitektur ist aber auch der Bewertungsansatz von großer Bedeutung: Die BÄK fordert, dass die Bewertungsfindung für die neue GOÄ nicht von vornherein durch Top-down-Budgetvorgaben verzerrt wird. Die Kalkulation muss von Grund auf sauber aufgebaut werden, unter Berücksichtigung der perspektivisch notwendigen Ressourcen und Investitionen für eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung einschließlich Einpreisung eines kalkulatorischen Unternehmerlohns, der der ärztlichen Fachkompetenz

und Verantwortung für die Patientenversorgung gerecht wird.

Deutlich bessere Darstellung der neurologischen Leistungsziffern

Für die Neurologie wurden die Arbeiten zum GOÄ-Vorschlag der BÄK ganz wesentlich von zwei Personen koordiniert und geleistet: Professor Dr. Rolf Hagenah aus Hamburg, und Privatdozent Dr. Holger Grehl aus Duisburg. Für die einzelnen Gebührenbereiche erhielten sie dafür professionelle Unterstützung durch Experten aus den jeweiligen Fachgebieten. Diese Experten wurden ad-hoc zur Beratung und Berechnung miteinbezogen. Durch dieses Vorgehen akzeptierte die BÄK schließlich alle vorgeschlagenen Änderungen und damit wurden die Ziele aus neurologischer Sicht voll erreicht. Insgesamt werden die Leistungsziffern nach diesem Vorgehen auch in der Neurologie deutlich höher bewertet und werden viel detaillierter abgebildet. Mit dieser deutlich verbesserten Darstellung der Leistungen unseres Fachgebietes kann die Neurologie sehr zufrieden sein.

Bei Einzelleistungen überwiegend finanzielle Verbesserungen

Auch wenn Einzelheiten der BÄK-Vorschläge zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht bekannt gegeben werden dürfen, soviel kann verraten werden: Es gibt bei den Einzelleistungen vor allem finanzielle Verbesserungen, in Einzelfällen jedoch auch Herabstufungen. Dies liegt an der neuen betriebswirtschaftlichen Berechnungsmethode, bei der alle möglichen Aspekte einer einzelnen Leistungen berücksichtigt werden. Neben den Arztminuten enthält die Berechnung jeder Ziffer zum Beispiel auch anteilig die Kosten für das beteiligte Personal und die beteiligten Geräte bis hin zur Raummiete. Die finanzielle Bewertung der Einzelleistung richtet sich dann nach den tatsächlich durchschnittlich angefallenen Kosten der genannten Bereiche plus dem Honorar für die Arztminute. Die Kosten einer Arztminute werden wiederum berechnet, indem das zugrundegelegte Jahresbruttoeinkommen durch die Jahresarbeitsminuten geteilt wird. Dabei wird die Bewertung einer Arztminute noch abgestuft, je nachdem wie spezialisiert die Leistung ist.

Keine detaillierten Änderungen mehr zu erwarten

Detaillierte Änderungen an dem Gesamtvorschlag der BÄK und somit auch den darin enthaltenen neurologischen Leistungen sind jetzt nicht mehr zu erwarten, möglicherweise aber noch generelle Änderungen, die alle Fachgebiete betreffen. Insgesamt ist mit dem Vorschlag der BÄK eine Entwicklung von der Schätzometrie, die noch im Jahr 1983 dominierte, zu einer genau kalkulierten betriebswirtschaftlichen Berechnung zu grundegelegt. Fundierter kann ein Vorschlag nicht sein. Die Bundesregierung sollte auf dieser Basis die Verabschiedung der neuen GOÄ vorantreiben.

Ärztetag appellierte an schnelle Umsetzung des GOÄ-Vorschlags

Zuletzt hat der 115. Deutsche Ärztetag eine schnelle Umsetzung der neuen GOÄ gefordert. Die Delegierten appellierten erneut an die Bundesregierung, Einfluss auf den PKV zu nehmen, damit die Verhandlungen zwischen BÄK und PKV nicht weiter verzögert werden. „Unabhängigbar sind der Abschluss der Verhandlungen und die daraus folgende Verabschiedung einer neuen GOÄ noch im Jahr 2013 und deren Inkrafttreten spätestens zum 1. Januar 2014“, heißt es in einer Entschließung des Ärztetages. Weiter wird in der Entschließung des Ärztetages festgestellt: „Die Ärzte – aber auch die Patienten – erwarten zu Recht klare, eindeutige Abrechnungsregeln und einen verlässlichen Maßstab für eine angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen. Benötigt wird eine transparente Abbildung der modernen Medizin.“ □

LITERATUR

1. Argumentationspapier der Bundesärztekammer vom 12. Mai 2011

PD Dr. med. Elmar W. Busch, Gelsenkirchen

Die Neurologie im Web

Die wichtigsten Internetseiten und Apps im Überblick

Das Internet gehört inzwischen zum Alltag und der Gebrauch ist vielen von uns schon ins Blut übergegangen. Es gibt aber auch große Unterschiede in der Nutzung des Internet. Dies hängt häufig vom Alter und der Gewöhnung der Nutzer ab, teilweise aber auch von der Unübersichtlichkeit des Angebots. Da wir über sogenannte Newsletter per E-Mail häufig mit Informationen zugeschüttet werden, erscheinen die Internetangebote oft als ungebändigtes Chaos, gegen das man sich wehren muss, um im Alltag den Überblick über das Informationsmeer zu behalten. Dabei soll der folgenden Artikel helfen.

Prinzipiell kann man im Internet zwei Funktionen unterscheiden: zum einen die ungeheuerliche Sammlung an Texten, Fotos und Videos, die oft hervorragend sind. Andererseits gibt es das Internet als weltumspannende Zeitung, die minütlich das Neueste berichtet. Für die Bibliotheksfunktion hat jeder seine Seiten, mit denen man sich vertraut gemacht hat und auf denen man gerne vorbeischaut, um sich die notwendigen Informationen aus dem Regal zu nehmen. Durch die sofortige Zugriffsmöglichkeit im Alltag kann das Handlungssicherheit schaffen und dadurch ein entspannteres Arbeiten ermöglichen. Für die Zeitungsfunktion ist es schwieriger – wo finde ich das Neueste in komprimierter und redaktionell bearbeiteter Form, neutral von kommerziellen Interessen? Wie kann ich mit dem Internet Informationszeit sparen statt Zeit verschwenden? Welchen Quellen kann ich bei der Bewertung von Sachverhalten trauen? Eine Schulung über Informationsstrategien hat wohl kaum einer erhalten, obwohl es als eine lehrbare Kunst erscheint, sich dosiert über das Wichtigste und die eigenen Interessenschwerpunkte durch das Internet belehren zu lassen. Im Folgenden werden interessante und wichtige Angebote für Neurologen nach rein subjektiver Auswahl und ohne jeden Anspruch auf Vollständigkeit benannt.

Webseiten für Neurologen und ihre Patienten

Einen besonderen Stellenwert haben die Seiten der DGN und des BDN. Dazu

Ob per Computer oder Smartphone – für Neurologen gibt es viele interessante Seiten und Applikationen.



© Siemens/digitalstock

kommen die Neurologen und Psychiater im Netz und die Seiten der einzelnen Fachgesellschaften, zum Beispiel der Deutschen Schlaganfallgesellschaft. Für Patienten ist es besonders schwer, gute Informationen im Internet zu finden. Daher ist es sinnvoll, im Rahmen der Patientenberatung bei entsprechendem Interesse Hinweise auf nützliche Seiten zu geben (siehe **Tabelle 1**).

Nützliche Apps für Neurologen

Die Revolution der Smartphones fand erst vor fünf Jahren statt. Trotzdem gibt es mittlerweile eine ungeheure Fülle an medizinischen Apps, auch für Neuro-

logen. Ideal eignen sich Apps zum Lernen für eine Prüfung und dementsprechend gibt es die Multiple-Choice-Prüfungsfragen inzwischen auch gegen die Langeweile zwischendurch („Mediscript“), kostenpflichtig im Paket für jeweils 100 Prüfungsfragen. Einige Apps bieten die gesamte Neuroanatomie zum Lernen an. Für den Alltag im Krankenhaus ist der Ifap-Index als App sehr nützlich, sofern keine WLAN-Visite möglich ist. Fast alle Fragen zu Medikamenten können damit sofort am Patientenbett beantwortet werden. Zahlreiche Medizin-Rechner sind auch als App verfügbar und leiten den Nutzer Feld für Feld

Tabelle 1

Internetseiten für Neurologen und neurologische Patienten		
Anbieter	Webadresse	Besonderheiten
Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)	www.dgn.de	Leitlinien, Stellenmarkt, Kongresse und Fortbildungsveranstaltungen
Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN)	www.neuroscout.de www.bv-neurologe.de	Alles Notwendige für strategische Entwicklungen der Neurologen (siehe auch Beitrag S. 58 in dieser Ausgabe)
Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)	www.bvdn.de	Wie BDN, mit psychiatrischen Themen
Neurologen und Psychiater im Netz	www.neurologen-und-psi- chiater-im-netz.de	Krankheitsinfos für Patienten mit weiterführenden Links (siehe auch Beitrag S. 60 f. in dieser Ausgabe)
Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG)	www.dsg-info.de	Karte der Stroke Units, Anträge zur Zertifizierung, Kodierrichtlinien, Foliensätze für Fortbildungen
Deutsche Parkinson-Gesellschaft (DPG)	www.parkinson- gesellschaft.de	Prägnante Linksammlung
Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG)	www.dmsg.de	Sehr gute, ausführliche und aktuelle Informationen für Patienten
Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG)	www.dmkg.de	Tabellarische Therapieempfehlungen für Patienten, etwas trocken aufbereitet
Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI)	www.dgni.de	Termine, Infos zur ANIM
American Academy of Neurology (AAN)	www.aan.com	Sehr reichhaltige Seite mit erschlagendem Angebot, eigener „Store“ für Neurologen
American Stroke Association (ASA/AHA)	www.strokeassociation.org	Amerikanische Patientenseite, strotzt vor Motivationshilfen
European Stroke Association (ESO)	www.eso-stroke.org	Foliensätze der europäischen Guidelines
Junge Neurologen	www.junge-neurologen.de	Frische Informationen für Studenten und Assistenzärzte (siehe auch Beitrag S. 24 f. in dieser Ausgabe)

durch die Formeln. Am häufigsten kommt hier wohl der BMI-Rechner zum Einsatz. Man kann sich aber auch die relevantesten Skalen auf das Smartphone legen, zum Beispiel den EDSS oder UPDRS-Score. Lästiges Verschieben der Skalenerhebung bis Papierbögen zur Hand sind entfällt damit.

Einen tollen Überblick über medizinische Apps, auch geordnet nach Spezialitäten, bietet „iMedicalApps“, am besten über die Website auf dem Normalrechner anzuschauen. Dort gibt es Rankings und Reviews zu den einzelnen Applikationen, zum Beispiel einen Vergleich der Medizin-Rechner-Apps (siehe **Tabelle 2**).

Webportale zu Materialsammlungen

Webportale bieten Zugang zu großen Materialsammlungen. Ein gutes Beispiel ist „Medscape“, das umfangreiche Materialien sowohl über das Internet als auch

Tabelle 2

Nützliche Apps für den Medizineralltag		
Was	Name der App	Besonderheiten
Ifap-Index	Arznei aktuell	Umsonst, jederzeit auf Visite verfügbar
Medizin-Rechner	Calculate, Heme Calc, MediMath	Sammlungen sehr vieler Formeln, den BMI braucht man immer
Neurologie pocketcard Set	Neurologie i-pocket-cards	Pocketcards für das Smartphone, viele Erweiterungen, vom BB-Verlag
Thieme Verlag, DGN	DGN-Leitlinien	DGN-Leitlinien überall
Dr. Marcus Neureither	EDSS Rechner	EDSS leicht zu berechnen
Movement Disorders Society	MDS UPDRS	UPDRS Rechner
Hörtest	Hoertest	Direkt anwendbarer Hörtest
iMedicalApps	www.imedicalapps.com	Ranking und Reviews von medizinischen Apps, auf Englisch; am besten über die Website auf dem Rechner ansehen

Webportale		Tabelle 3
Name	Website	Besonderheiten
Medscape Neurology	www.medscape.com/neurology	Kostenfrei, große Fülle an Material, Nachrichten, Reviews, unabhängige Information von führenden Experten
Journal watch	http://neurology.jwatch.org	Kommentierte Zusammenfassung wichtiger neurologischer Papers aus 250 Zeitschriften mit PowerPoint-Folien
Medlink Neurology	www.medlink.com	Wie ein mehrbändiges Lehrbuch auf Englisch, das fortlaufend aktualisiert wird; angereichert mit Videos und Materialien; gut für den Unterricht; regelmäßige Reviews als E-Mail; Abonnement notwendig
Pubmed	www.pubmed.org	Quelle für medizinische Wissenschaft schlechthin, alle Abstrakts und Querverbindungen; Hinweis und Link auf kostenlose Publikationen
Elektronische Zeitschriftenbibliothek	http://ezb.uni-regensburg.de	Alle medizinischen Zeitschriften mit Verfügbarkeitsampel

Datenbanken		Tabelle 4
Embryotox	www.embryotox.de	Umfassende und detaillierte Bewertung fast aller Medikamente zum möglichen Gebrauch in der Schwangerschaft
Internationale Kopfschmerzklassifikation	http://ihs-classification.org/de/	Sehr brauchbar, auch auf deutsch

als App zur Verfügung stellt. Die Unabhängigkeit ist durch namenhafte Experten sichergestellt. Die großen Webportale (siehe **Tabelle 3**) bieten inzwischen Rubriken mit fortlaufend aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Nachrichten, Zusammenfassungen wichtiger Studien und Reviews, Schulungsmaterialien und Newsletter mit wählbaren Inhalten. Oft sind auch Berichte und Videos der wichtigsten Konferenzen integriert. „Journal watch“ ist dagegen auf die Extrakte aus der wissenschaftlichen Literatur spezialisiert und kostenpflichtig. Im Bereich Neurologie werden hier über 250 verschiedene Zeitschriften eingepflegt und ausgewertet. Diese Zusammenfassungen kann man sich wöchentlich zuschicken lassen oder auf der Website ansehen. Zusätzlich ist es möglich, sich beim Neurologie-Abonnement auch

Zusammenfassungen der wichtigsten Artikel aus der gesamten medizinischen Fachwelt zusenden zu lassen.

Einen ganz anderen Ansatz hat „Medlink Neurology“. Dort wurde eine systematische Datenbank neurologischen Wissens aufgebaut, die einem ausführlichen, mehrbändigen, englischsprachigem Lehrbuch entspricht. Zudem sind die Artikel mit Videomaterial angereichert, das sehr gut zu Lehrzwecken eingesetzt werden kann. Wöchentlich werden systematische Reviews per E-Mail versandt. Das hervorragende Angebot von Medlink Neurology ist leider nicht kostenfrei.

Die Quelle für die gesamte medizinische Wissenschaft schlechthin ist „pubmed“ geworden. Die Recherche in der Weltliteratur ist damit fast jedermann möglich. Durch die Verknüpfung der Pa-

pers über die „related articles“-Funktion kann die gesuchte Information meist schnell und konzentriert zusammengestellt werden. Informationen zur Verfügbarkeit elektronischer Zeitschriften bietet die Bibliothek der Universität Regensburg. Dort kann anhand einer Ampel für alle Zeitschriften rasch die Verfügbarkeit eingesehen und bei Bedarf die Bestellung eines Artikels eingeleitet werden.

Eine auch für Neurologen nützliche Datenbank ist „Embryotox“ (siehe **Tabelle 4**), da sich häufig die Notwendigkeit zur Medikamentenauswahl bei Kinderwunsch oder in der Schwangerschaft, zum Beispiel bei MS oder Epilepsie, stellt. Die einzelnen Medikamente sind dort erschöpfend bewertet. Schön ist auch die inzwischen leichte Verfügbarkeit der „Internationalen Kopfschmerzklassifikation“ über das Internet. Gerade für junge Kollegen ist damit die Orientierung über Kopfschmerzformen deutlich erleichtert.

Schwierig: Systematische Suche nach Videos

Kompliziert bleibt die systematische Suche nach Videos. Dies gleicht einem zeitraubenden Glücksspiel. Gibt man zum Beispiel bei youtube „Nystagmus“ ein, kommen viele kuriose Beiträge, aber ein schönes Lehrvideo ist gerade nicht dabei. Ergiebiger ist es, sich Benachrichtigungen aus den Tiefen des Internet selbst zusammenzustellen. Manche lassen sich die Inhaltsverzeichnisse ihrer Lieblingszeitschriften zuschicken. Umfassender ist die Information direkt von Google, wenn man dort den Nachrichtendienst „Alerts“ nutzt. Die Ergebnisse kommen per E-Mail in gewünschter Frequenz und Relevanz. Mit dem Suchwort „Schlaganfall“ ist man dann zum Beispiel täglich bestens über alles zum Schlaganfall in Deutschland informiert. Natürlich gibt es noch viel mehr und wahrscheinlich auch Besseres im weiten Internetmeer. Für Hinweise, die dann in ein Update des Artikels eingearbeitet werden können, bedankt sich der Autor. □

AUTOR

PD Dr. med. Elmar W. Busch, Gelsenkirchen
E-Mail: busch@evk-ge.de

www.neuroscout.de

Plattform für BDN-Mitglieder

EBM-Schulungen, Positionspapiere, Fachvorträge und vieles mehr: Der BDN informiert seine Mitglieder über www.neuroscout.de einfach und aktuell über seine Termine und Projekte.

Mehr als 12.000 Zugriffe auf den internen Bereich verzeichnet das BDN-Infoportal für Mitglieder „www.neuroscout.de“ in jedem Monat (siehe **Abbildung 1**). In den Monaten Juni bis Dezember wurden die Besucherzahlen aus 2010 überboten.

Die Kernpunkte sind neben der Eigerdarstellung des Berufsverbandes und seiner Strukturen selbstverständlich die verschiedenen Projekte des BDN. Zum Beispiel finden Mitglieder unter „Projekte“ unter „NUP 2012“ Konzepte und Pläne der Berufsverbände zur neuropsychiatrischen Prävention in der Arbeitswelt. Die Website dokumentiert dort unter anderem auch die Vorträge des Neurologen- und Psychiatertages. So bietet er den BDN-Mitgliedern Hintergrundmaterial und Anregungen dazu, wie Neurologen und Nervenärzte Betriebe bei immer weiter steigenden Fehlzeiten aufgrund von ZNS-Erkrankungen unterstützen können.

Ausführliche Empfehlungen zur Privatabrechnung

Die Mitglieder finden im Bereich „Projekte“ außerdem auch die ausführlichen Ausarbeitungen und Empfehlungen von Professor Rolf Hagenah zum Thema Privatabrechnung. Unter dem Menüpunkt „Projekte“ und dann „DIQN“ (für Deutsches Institut für Qualität in der Neurologie) sind für Mitglieder Grafiken zur Versorgungssituation und Epidemiologie von ZNS-Erkrankungen hinterlegt, die sie für eigene Vorträge oder zur Information nutzen können. Zudem werden auf den Homepages Termine für Fortbildungen, Symposien und politische Veranstaltungen des Verbandes publiziert.

Wer sein Büro nicht mit Bergen von Papier belasten möchte, der kann im Mitgliederbereich der Homepage auch den Neurotransmitter lesen – dazu wird die aktuelle Version zeitnah eingestellt und bleibt im Archiv verfügbar, so dass Mit-



So sieht die Homepage aus, auf der sich Mitglieder des BDN über Termine und Projekte informieren können (Ausschnitt).

glieder jederzeit auch auf vergangene Ausgaben zugreifen können.

Finanzierung der Homepage und Werbung

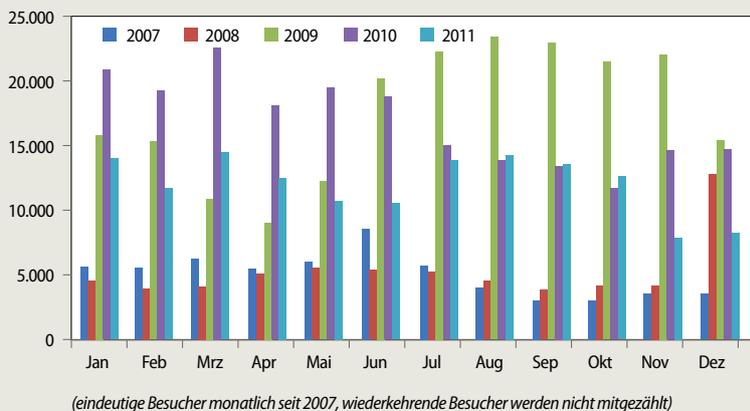
Die Finanzierung der Verbands-Homepage erfolgt über Sponsorengelder. Die Sponsoren üben dabei keinen Einfluss auf redaktionelle Inhalte der Seiten aus. Selbstverständlich erfolgt auch keine „Schleichwerbung“. Insgesamt ist die Präsenz der Sponsoren auf der Homepage sehr zurückhaltend: Lediglich die Hauptsponsoren Biogen Idec und TAD-Pharma erhalten auf der Verbandsseite den Platz für ein Logo, blinkende und sich abwechselnde Banner gibt es nicht. Außerdem steht der Industrie der Bereich „Markt und Forschung“ zur Verfügung, auf der sie – wie auch in den Fachzeitschriften üblich – Studienergebnisse und gegebenenfalls Presseinformationen veröffentlichen können. Alle Firmen, die sich finanziell am Aufbau und Erhalt der Seiten beteiligen, sind für Interessierte im Bereich Sponsoren dargestellt.

AUTOR

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln

Seit 2007 monatliche Besucher ohne Mehrfachbesucher

Abbildung 1



Neurologen und Psychiater im Netz

Patienteninformationsportal mit neuem Auftritt

Im November ist es soweit – das Patienteninformationsportal der neurologischen und psychiatrischen Berufsverbände und Fachgesellschaften in Kooperation mit der DGN „www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de“ geht mit einem neuen, modernen Layout, aktualisierten Informationen und zahlreichen neuen Inhalten online. Lesen Sie hier vorab bereits die wichtigsten Änderungen.

Insbesondere wenn Krankheiten als Suchbegriffe eingegeben, wird die Homepage „www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de“ in Zukunft besser bei den Suchmaschinen platziert. Damit werden die Voraussetzungen dafür geschaffen, die Position der „Neurologen und Psychiater im Netz“ (NPIN) als die am meisten besuchte und bekannteste deutschsprachige Internetseite zu neurologischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Themen nicht nur zu sichern, sondern weiter auszubauen.

2011 knapp zwei Millionen Besucher

Seit dem Start der Website im Jahr 2004 wurde die Zahl der Besucher in jedem

Jahr gesteigert. So wurden 2011 knapp zwei Millionen Besucher gezählt – gegenüber dem Vorjahr ein Anstieg um rund 20 %. Auch in den ersten sechs Monaten des laufenden Jahres setzte sich dieser positive Trend fort. In diesem Zeitraum wurde die Seite bereits mehr als 1.000.000 Mal von Patienten, ihren Familienangehörigen und an den Fachgebieten interessierten Laien, aber auch von Ärzten, Studenten und Krankenpflegepersonal aufgerufen. Die Entwicklung bei den Zugriffszahlen verdeutlicht auch das zunehmende Interesse an neurologischen Themen in der Bevölkerung. Eine ganz wesentliche Rolle spielt hier die aktive Presse- und Öffentlichkeitsar-

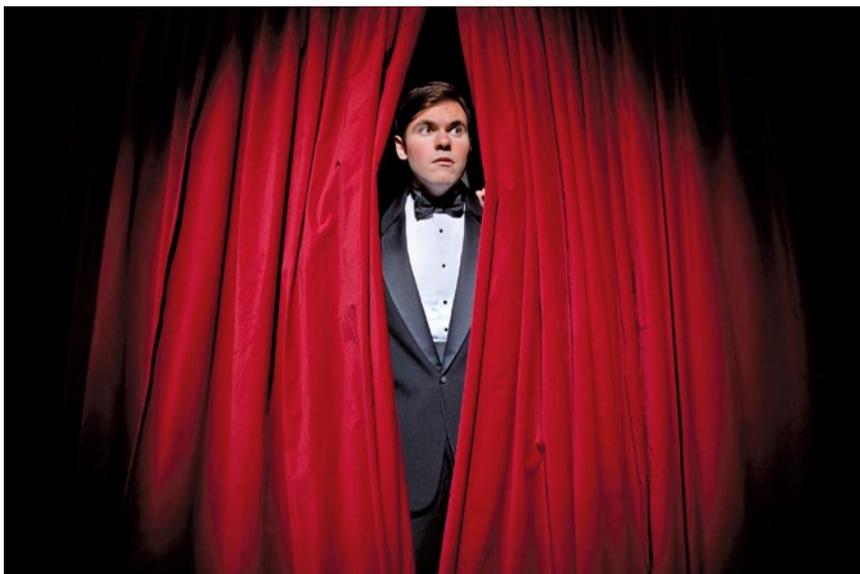
beit für die neurologischen und nervenärztlichen Berufsverbände sowie die neurologische Fachgesellschaft.

Ansprechpartner der Medien: Neurologen im Netz

Das Ergebnis der Kooperation der „Neurologen im Netz“ mit den beiden größten deutschen Nachrichtenagenturen DPA und DAPD waren 35 Agenturmeldungen zu neurologischen Themen, die an Presse, Rundfunk- und Fernsehredaktionen verteilt wurden. Mit mindestens 45 Artikeln in Zeitung und Zeitschriften wurden mehr als zehn Millionen Leser erreicht. Diese Zahlen ermittelte ein Clippingdienst – die tatsächlichen Zahlen der veröffentlichten Artikel und der erzielten Leserreichweite liegen aber um ein Vielfaches höher, da der Clippingdienst nur Artikel erfasst, die die „Neurologen im Netz“ als Quelle angeben. Eine von der Redaktion durchgeführte Recherche kommt zu dem Ergebnis, dass bis jetzt nur etwa 5–15 % der veröffentlichten Artikel einen Hinweis auf die „Neurologen im Netz“ enthalten. Bei konservativer Schätzung können die vom Clippingdienst ermittelten Werte mit dem Faktor drei multipliziert werden, um das Bild etwas realistischer zu machen.

Praxis-Homepage für Neurologen

Das größte neurologische Patientenportal im deutschsprachigen Raum ist auch die ideale Plattform für Neurologen, um sich mit einer Praxis-Homepage zu präsentieren. Sie informiert beispielsweise über Leistungsspektrum, Behandlungsschwerpunkte, Praxiszeiten und vieles



Der Vorhang für das neue Layout der Homepage www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de wird sich im November öffnen.

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



So sieht die viel besuchte Homepage derzeit noch aus. Ab November erwartet die User ein neues Layout.

mehr. Bilder des Praxisteam und der Behandlungsräume vermitteln einen visuellen Eindruck von der Praxis. Wer bereits über eine Praxis-Homepage im Internet verfügt, kann sich eine Startseite in der Ärzteliste der Patientenplattform einrichten lassen und diese mit seiner bereits bestehenden Homepage verlin-

ken. Damit wird auch die Auffindbarkeit der bereits bestehenden Homepage über Suchmaschinen erheblich verbessert. Die monatlichen Abonnementkosten für eine Praxis-Homepage bei den „Neurologen im Netz“ liegen zwischen 3,75 und 10 € plus Mehrwertsteuer. Bei einer Anmeldung bis zum 30. November 2012 ist

die Homepage-Erstellung kostenfrei (siehe Anmeldeformular unten).

AUTOR

Jochen Lamp, Frankfurt am Main



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, BKJP, BVND, BVDP, DGGPP, DGKJP, DGN, DGPPN, SGPP, SGKJPP, ÖGGP, SIP

Titel, Vorname, Name

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon, Fax

E-Mail, Internetadresse

(Landes)-Ärzteliste, Kassenzentrale, 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 Bankeinzugverfahren werden Bearbeitungsgebühren von 10,- Euro berechnet.

Geldinstitut

Bankleitzahl Kontonummer

Datum, Unterschrift

% Sonderaktion bis 30.11.2012
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

Widerrufrecht: 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

Kompetenznetz MS

Bilanz erster Förderperiode und Ausblick auf zukünftige Projekte



Seitdem sich das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) vor drei Jahren dazu entschieden hat, Multiple Sklerose (MS) in sein Programm der medizinischen Kompetenznetze zu integrieren und zu fördern, ist im Bereich der MS-Forschung viel passiert: Das erste orale MS-Medikament ist auf dem Markt, neue Antikörpertests und Diagnostikriterien haben sich etabliert und es gibt neue Anhaltspunkte zur MS-Pathogenese. Das „Krankheitsbezogene Kompetenznetz Multiple Sklerose“ hat mit 79 Publikationen und drei Patenten einen wichtigen Beitrag dazu geleistet. Die MS-Forschung im Kompetenznetz wird daher vom BMBF für weitere drei Jahre finanziell unterstützt.

Neben Forschungsprojekten zu Krankheitsentstehung, Diagnose und Therapie hat sich das „Kompetenznetz Multiple Sklerose“ auch weiterhin auf die Fahnen geschrieben, für einen schnellen Wissenstransfer in die Praxis zu sorgen. Bereits in der ersten Förderperiode hat das „Krankheitsbezogene Kompetenznetz Multiple Sklerose“ (KKNMS) zu diesem Zweck gemeinsam mit den neurologischen Berufs- und Standesorganisationen DGN, BDN/BVDN sowie der Interessenvertretung für Patienten, der DMSG, die Arbeitsgruppe Task Force „Versorgungsstrukturen“ geschaffen. Ziel ist es, gerade vor dem Hintergrund der neuen, zum Teil sehr risikobehafteten MS-Medikamente, Qualitätskriterien für die Versorgungslandschaft zu definieren. Dazu gehört das Erarbeiten von Leitlinien, Stellungnahmen oder Therapieempfehlungen.

MS-Leitlinie setzt Standard bei Diagnose und Therapie

Im vergangenen Jahr hat das Netzwerk von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) den Auftrag bekommen, die neue MS-Leitlinie zu erarbeiten, die im April 2012 veröffentlicht wurde. Erstmals entspricht die Leitlinie S2e-Niveau, das heißt sie ist von höherer Qualität als die vorangegangene Version, da eine

systematische, evidenzbasierte Recherche und Einordnung wissenschaftlicher Publikationen und Studien durchgeführt wurde.

In der neuen Leitlinie werden die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten in Schub-, Basis- und Eskalationstherapie ausführlich erörtert. Dazu hat die Arbeitsgruppe „Leitlinie“ des KKNMS ein neues Stufenschema entwickelt. Erstmals umfasst die Leitlinie auch die symptomatische Therapie und gibt Handlungsempfehlungen für die Behandlung von Patienten in Spezialsituationen – wie zum Beispiel in der Schwangerschaft oder bei Neuromyelitis optica.

Außerdem hat das KKNMS zwei Qualitätshandbücher zu den in der MS-Eskalationstherapie eingesetzten Medikamenten Natalizumab und Fingolimod mit dem jeweiligen Leitlinienkapitel, Patientenaufklärungsbögen, einer Checkliste und Workflowtablette herausgegeben. Seit der Erstauflage im Herbst 2011 sind beide Handbücher 4.500-mal verteilt worden. Drei neue Broschüren zum Medikament Mitoxantron, das ebenfalls in der Eskalationstherapie zum Einsatz kommt, zur Schubtherapie und zur Therapie in Spezialsituationen, wie zum Beispiel der Schwangerschaft, erscheinen im Rahmen des 85. Kongresses der DGN in diesem Jahr.

Neue App rundet Angebot ab

Da Papier auch in Arztpraxen und Kliniken zunehmend durch digitale Angebote ersetzt wird, stellt das KKNMS pünktlich zum DGN-Kongress eine neue App zu den Handbüchern Fingolimod und Natalizumab vor. Kern ist die interaktive Umsetzung der Workflowtabellen, außerdem ist eine automatische Berechnung des Behinderungsgrads (EDSS) nach Kurtzke und eine SOP zur MS-Erstdiagnose Bestandteil der App. Sie ist für alle Smartphones mit iOS- und Android-Betriebssystem verfügbar und kann im App-Store beziehungsweise Android-Market kostenlos heruntergeladen werden.

KKNMS-Vorstandssprecher Professor Heinz Wiendl hofft, dass Neurologen damit ein gutes Rund-um-Paket für den Praxis- und Klinikalltag an die Hand gegeben wird. Für die zweite Förderperiode sei geplant, an diese Entwicklung anzuknüpfen und Projekte noch versorgungsorientierter aufzustellen.

In zweiter Förderperiode noch versorgungsorientierter

Dazu werden die drei Forschungsverbände, UNDERSTAND^{MS}, CONTROL^{MS} und CHILDREN^{MS} aus der ersten Förderperiode aufgelöst und durch Projektallianzen, die noch stärker auf

Vernetzung ausgerichtet sind, ersetzt. Die Projekte sind zwei Hauptbereichen (A und B) zugeordnet, mit denen im Wesentlichen folgende Kernziele erreicht werden sollen:

- Besseres Verständnis der MS-Pathogenese durch einen engen Austausch zwischen Grundlagen- und klinischer Forschung. Darauf aufbauend sollen spezifische MS-Therapien entwickelt werden.
- Identifizierung von Biomarkern, die die MS-Diagnose vereinfachen und mit denen sich der Krankheitsverlauf besser vorhersagen lässt. Weiterhin suchen die Wissenschaftler nach Responsemarkern, mit denen sich das Ansprechen auf eine Therapie besser einschätzen lässt sowie nach potenziellen Risikofaktoren, mit deren Hilfe Nebenwirkungen bei Immuntherapien der MS frühzeitig erkannt werden können. Dies soll dabei helfen, die MS-Therapien noch stärker an die individuellen Bedürfnisse der Patienten anzupassen.
- Besseres Verständnis des natürlichen Krankheitsverlaufs der MS auch unter Berücksichtigung bisher wenig beachteter Symptome wie Kognitionsstörungen und Schmerz sowie Nebenwirkungen gängiger MS-Therapien. Ziel ist, Patienten dadurch besser beraten zu können und sie in den Behandlungsprozess aktiv einzubinden.

Die Teilprojekte im Überblick

Im Mittelpunkt von Teilbereich A stehen klinische Studien sowie die zentrale Infrastruktur des Netzwerks, zu der IT und Biobanken gehören. Kernprojekt des KKNMS ist die Kohortenstudie, in die 1.000 Patienten mit klinisch isoliertem Syndrom beziehungsweise früher MS eingeschlossen werden sollen. Derzeit rekrutieren 19 Zentren für dieses Projekt, bei dem alle Probanden einmal jährlich untersucht und insgesamt über zehn Jahre begleitet werden.

Um die Versorgungsforschung weiter zu stärken, wird in der zweiten Förderperiode außerdem ein Immuntherapieregister (REGIMS) ins Leben gerufen, um bei allen Patienten, die mit Immuntherapeutika behandelt werden, mögliche schwerwiegende Komplikationen recht-

zeitig zu erkennen. Dazu ist eine Kooperation mit der Pharmaindustrie und dem Paul-Ehrlich-Institut geplant. Ein weiteres Projekt aus dem Bereich der Versorgungsforschung untersucht mithilfe einer multizentrischen, prospektiven Studie die Auswirkung von verbesserter Information auf die Therapieentscheidung und Adhärenz von Patienten (DECIMS).

Im Fokus von Teilbereich B stehen die Biomarkerforschung und die Entwicklung neuer Diagnose- und Therapie-Modelle sowie neuroprotektive Ansätze. Alle Einzelprojekte sind sowohl untereinander als auch übergreifend mit Part A vernetzt. So arbeitet ein Projekt zur Immunvigilanz eng mit dem Registerprojekt zusammen, um Risikofaktoren und Responsemarker der Immuntherapien mit Natalizumab und Fingolimod zu identifizieren. Einige Projekte aus der ersten Förderperiode, die sich mit Ursache und Entstehung der MS befassen, werden fortgesetzt.

Da die MRT-Untersuchung unerlässlich für die Diagnose und die Bewertung der MS-Krankheitsaktivität ist, widmen sich mehrere Projekte auch diesem Thema. So wollen die KKNMS-Forscher in MRT-Scans nach potenziellen neuen Biomarkern fahnden, mit deren Hilfe sich Multiple Sklerose besser von der Neuromyelitis optica (NMO) abgrenzen lässt. Eine frühe und korrekte Unterscheidung ist für die Therapie der NMO-Patienten extrem wichtig, da die bei der klassischen MS eingesetzten Immunmodulatoren hier nicht anschlagen.

Auch das neue Projekt PATTERN^{MS} sucht in MRT-Bildern nach relevanten Biomarkern, mit denen das Anschlagen

von Therapien bei festgelegten MS-Erscheinungsmustern vorab eingeschätzt werden kann. Weiterhin versuchen die Forscher Algorithmen zu entwickeln, mit denen sich große Mengen von MRT-Scans, wie sie bei der Kohortenstudie vorliegen, automatisch auswerten lassen. Zudem gehören zum Netzwerk nun zwei Pilotprojekte, die überprüft werden, inwieweit Liquor als Biomarker bei der MS infrage kommt. Für all diese Projekte liegt dem KKNMS bereits die Förderempfehlung der Gutachter des BMBF vor.

Verein sichert Zukunft des KKNMS

Damit die Arbeit des Netzwerks auch über die BMBF-Förderung hinaus sichergestellt ist, haben die Mitglieder frühzeitig den Verein Kompetenznetz Multiple Sklerose e. V. gegründet. Er garantiert als eigene juristische Person die nötige Handlungsfähigkeit des Netzwerks. Privatpersonen, Unternehmen und öffentliche Einrichtungen können den Verein als fördernde Mitglieder aktiv unterstützen. Vereinsarbeit und alle administrativen und operativen Aufgaben des Netzwerks werden durch die Geschäftsstelle, am Klinikum rechts der Isar in München, abgewickelt. □

AUTOR

Prof. Dr. med. Heinz Wiendl, Münster

Kontakt

Das „Krankheitsbezogene Kompetenznetz Multiple Sklerose“ (KKNMS) ist eines von bundesweit 21 Kompetenznetzen in der Medizin, die vom BMBF gefördert werden. Sie alle verfolgen das Ziel, Forscher zu spezifischen Krankheitsbildern bundesweit und interdisziplinär zusammenzubringen, um den Austausch zwischen Forschung und Patientenversorgung zu verbessern.

Die **Geschäftsstelle des KKNMS e. V.** befindet sich am Klinikum rechts der Isar,

Technische Universität München
Neurologische Klinik und Poliklinik
Krankheitsbezogenes Kompetenznetz
Multiple Sklerose
Ismaninger Str. 22, 81675 München
Telefon 089 4140 4628
Fax 089 4140 4655
E-Mail: info@kkn-ms.de
www.kompetenznetz-multiplesklerose.de

Pressereferentin: Constanze Steinhauser
E-Mail: constanze.steinhauser@kkn-ms.de

Neues orales MS-Therapeutikum mit positiven Daten aus Phase-III-Studie

➔ Die Ergebnisse der CONFIRM-Studie, die auf der diesjährigen Jahrestagung der American Academy of Neurology (AAN) in New Orleans vorgestellt wurden, zeigen eine hohe Wirksamkeit sowie ein günstiges Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil des derzeit in der Zulassung befindlichen oralen MS-Medikaments BG-12 (Dimethylfumarat). Die Studie bestätigt damit das Profil, das BG-12 während seines klinischen Entwicklungsprogrammes gezeigt hat.

CONFIRM ist eine zweijährige, randomisierte, multizentrische, doppelblinde, placebokontrollierte Vergleichsstudie zur Untersuchung der Wirksamkeit und Sicherheit des oralen MS-Wirkstoffs BG-12. Dabei wurde BG-12 (Dimethylfumarat 240 mg) in zwei Dosierungen (2x/d sowie 3x/d) mit Placebo verglichen. Zusätzlich gab es eine Referenzgruppe, die mit Glatimeracetat (GA) 20 mg (s.c.) behandelt wurde. Die Studie war nicht auf den Nachweis einer Überlegenheit oder Nicht-Überlegenheit von BG-12 gegenüber

GA ausgelegt. Insgesamt nahmen über 1.400 MS-Patienten an der Studie teil.

BG-12 erreichte den primären Endpunkt der Studie und reduzierte die jährliche Schubrate im Vergleich zu Placebo signifikant um 44 % (2x/d) beziehungsweise 51 % (3x/d) (jeweils $p < 0,0001$). GA reduzierte die jährliche Schubrate im Vergleich zu Placebo um 29 % ($p = 0,0128$). Auch der Anteil an Patienten mit Schüben sank unter BG-12 im Vergleich zu Placebo um 34 % (2x/d, $p = 0,0020$) beziehungsweise 45 % (3x/d, $p < 0,0001$) signifikant. GA erreichte im Vergleich zu Placebo eine Reduktion von 29 % ($p = 0,0097$).

BG-12 erfüllte auch die radiologischen Zielkriterien. Neben einem signifikanten Effekt auf die durch die MS verursachten Entzündungsherde im Gehirn (T2-hyperintense Läsionen, Gadolinium-aufnehmende Läsionen sowie T1-hypointense Läsionen) konnte auch eine Reduktion der Entzündungsherde innerhalb des ersten Therapiejahres nachgewiesen werden. Die Werte blieben

auch im zweiten Jahr der Behandlung konstant. Die Ergebnisse der Studie zeigten außerdem, dass BG-12 das Risiko einer Behinderungsprogression im Vergleich zu Placebo um 21 % (2x/d, $p = 0,2536$) beziehungsweise 24 % (3x/d, $p = 0,2041$) reduziert. GA erreichte im Vergleich zu Placebo eine Risikoreduktion um 7 % ($p = 0,7036$).

Zu den häufigsten unerwünschten Ereignissen zählten Flush-Symptomatik, Kopfschmerzen, Durchfall und Müdigkeit. Insgesamt war die Rate unerwünschter und schwerwiegender unerwünschter Ereignisse in allen Studiengruppen einschließlich Placebo vergleichbar.

Der Hersteller, Biogen Idec, hat die Zulassung für BG-12 für die Therapie der schubförmigen MS bei den Arzneimittelbehörden in den USA und Europa eingereicht. Mit der Zulassung in Europa wird im zweiten Quartal 2013 gerechnet. **red**

Nach Informationen von Biogen Idec

Patienten profitieren von früher antiepileptischer Zusatztherapie

➔ Erste Zwischenergebnisse der VITObA-Studie (Vimpat added to one baseline AED) bestätigen die in den klinischen Studien nachgewiesene Wirksamkeit und Verträglichkeit des Antiepileptikums Lacosamid (Vimpat®).

Die VITObA-Studie ist eine nicht-interventionelle Beobachtungsstudie, in der Verträglichkeit und Wirksamkeit von Lacosamid als Zusatztherapie zur einem Basisantiepileptikum bei Epilepsiepatienten mit fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung in der täglichen klinischen Praxis untersucht werden. In die Studie sollen insgesamt 500 auswertbare Patienten über sechs Monate mit drei Visiten beobachtet werden. Dr. Thomas Mayer, Chefarzt am Sächsischen Epilepsiezentrum Radeberg, stellte eine Interimsanalyse mit den Ergebnissen der ersten 100 eingeschlossenen Patienten (Durchschnittsalter 44,6 Jahre, 46,8 % Männer) vor. Im Median waren die Patienten seit 13 Jahren an Epilepsie erkrankt und litten an 2,0 Anfällen/Monat. Die Ätiologie war bei 57 % symp-

tomatisch, bei 41,3 % unbekannt. Die Retentionsrate nach sechs Monaten betrug 82,6 %. Die meisten Patienten erhielten Lacosamid in einer Dosierung bis 400 mg/d, wobei 23 % < 200 mg/d, 48 % zwischen 200 und 300 mg/d und 26 % zwischen 300 und 400 mg/d einnahmen.

Wirkprinzip des Kombinationspartners berücksichtigen

Bei rund 78 % der Patienten wurde die Anfallshäufigkeit um mindestens 50 % reduziert, 43,4 % wurden anfallsfrei. Die Wirksamkeit von Lacosamid war besonders ausgeprägt, wenn die Patienten älter waren, wenn sie noch nicht so lange an der Erkrankung litten und nicht vielfach vorbehandelt waren. Dies weist nach Aussage von Mayer darauf hin, dass eine frühe Therapie mit Lacosamid einen höheren Nutzen für den Patienten aufweist.

Patienten, die ein Basisantiepileptikum ohne Natriumkanal-modulierende Wirkung erhielten, sprachen besser auf Lacosamid an

als Patienten mit Natriumkanal-modulierendem Antiepileptikum als Kombinationspartner. Dies bestätigt im Trend die Befunde einer retrospektiven Analyse der gepoolten Daten von Phase-II- und Phase-III-Studien zu Lacosamid [Sake JJ et al. CNS Drugs 2010; 24: 1055 – 68].

Die Therapie musste in der VITObA-Studie bei 9 % der Patienten wegen unerwünschten Wirkungen abgebrochen werden, in den zulassungsrelevanten Studien war dies bei 17 % der Fall gewesen. Die mit 31 % häufigste unerwünschte Wirkung in den zulassungsrelevanten Studien – Schwindelgefühl – wurde in VITObA von 10 % der Patienten berichtet. **Dr. Susanne Heinzl**

Satellitensymposium „Epilepsitherapie: Kombination von Wirkmechanismen – vom Experiment zur klinischen Praxis“ veranstaltet von UCB bei der 51. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie, Stuttgart, 2. März 2012

Manual soll Neurologen in der Parkinson-Therapie unterstützen

➔ Eine auf die Anforderungen des Parkinson-Patienten ausgerichtete Kommunikation kann sich positiv auf das Arzt-Patienten-Verhältnis, die Lebensqualität und die Adhärenz auswirken. Dies ergab eine Umfrage, an der sich 300 Neurologen beteiligten. Als Konsequenz daraus wurde das Kurzmanual „Multimodales Therapiekonzept bei Morbus Parkinson“ erarbeitet, das für jede Krankheitsphase Empfehlungen für eine patientenzentrierte Kommunikation, zur medikamentösen Therapie und zu nicht-medikamentösen Begleitaspekten gibt.

Wie die Umfrage ergab, schätzten 58 % der befragten Neurologen den Leidensdruck der Patienten bereits im Frühstadium der Erkrankung als „mäßig hoch“ bis „sehr hoch“ ein, im Spätstadium beobachteten 94 % einen „ho-

hen“ bis „sehr hohen“ Leidensdruck. Zudem gaben 92 % der Neurologen an, dass einer empathischen Gesprächsführung und der sorgfältigen Auswahl der kommunizierten Inhalte im Hinblick auf die Entwicklung eines Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient eine „hohe“ bis „sehr hohe“ Bedeutung zukommt. Darüber hinaus wirkt sich die Arzt-Patienten-Kommunikation nach Auffassung von 90 % ebenfalls positiv auf die Lebensqualität der Patienten aus. 95 % der Ärzte nehmen sich deshalb für das Diagnosegespräch mindestens 20 Minuten Zeit.

„Ein optimales Management der Erkrankung besteht aus einer medikamentösen Therapie in Verbindung mit körperlicher Betätigung sowie je nach Bedarf Psycho- oder Verhaltenstherapie und einem kognitiven Training“,

sagte Professor Wolfgang Jost, Wiesbaden. Auch bei der Wahl der Medikation gelte es, die Bedürfnisse des Patienten zu berücksichtigen. So hätten Studien [Grosset D. et al. *Mov Disord* 2009; 24: 826–32] gezeigt, dass sich die Patienten weniger krank fühlen, je weniger Tabletten sie einnehmen. Mit Pramipexol (Sifrol® Retard) stehe ein Dopaminagonist für die einmal tägliche Therapie zur Verfügung.

Dr. Ralph Hausmann

Presseworkshop: „Morbus Parkinson – Stellenwert eines integrierten, phasenabhängigen Krankheitsmanagements“,

Frankfurt, 15. Mai 2012

Veranstalter: Boehringer Ingelheim

Patienten mit MS-induzierter Spastik unterversorgt

➔ Nach den Ergebnissen der deutschen Querschnittsstudie MOVE 1 leiden mehr als zwei Drittel der Patienten mit Multipler Sklerose (MS) dauerhaft unter Spastizität. Bei drei Vierteln war die Symptomatik laut Arzturteil mittelschwer oder schwer ausgeprägt, am häufigsten waren die Beine betroffen. Zwar wurde die Mehrzahl (60,9 %) der Patienten mit antispastischen Medikamenten behandelt, Patienten und Ärzte waren mit der Wirksamkeit aber oftmals nicht zufrieden.

Die wichtigsten Ergebnisse aus MOVE 1 stellte Professor Peter Flachenecker, Chefarzt des Neurologischen Rehabilitationszentrums Quellenhof in Bad Wildbad, vor. Er betonte, dass MS-induzierte Spastiken die Aktivitäten

des täglichen Lebens erheblich beeinträchtigen.

Grundlage der Studie waren retrospektiv erhobene Daten aus den vergangenen zwölf Monaten sowie das Arzturteil und Patientenangaben bei Visiten zu verschiedenen Zeitpunkten. An der Studie nahmen 414 Patienten an 42 Zentren teil. Die Patienten waren im Mittel 48,6 (\pm 9,6) Jahre alt und im Schnitt 13,9 (\pm 8,6) Jahre an MS erkrankt. Die Patienten litten im Mittel seit 8,2 (\pm 5,9) Jahren an Spastiken. 68,6 % der Patienten hatten dauerhaft spastische Symptome, bei 28,7 % waren diese schwer, bei 44,0 % mittelschwer und bei 27,3 % leicht ausgeprägt. Am häufigsten waren die Beine betroffen (56,3 % der

Patienten mit Paraspastik). Als am stärksten beeinträchtigende Symptome der Spastik nannten die Patienten Muskelsteifigkeit (74,4 %), eingeschränkte Mobilität (66,2 %), Erschöpfung/Fatigue (48,1 %), Blasenstörungen (45,2 %) und Schmerzen (44,4 %). Diese Einschätzung deckte sich in hohem Maße mit dem Arzturteil.

Zunehmende Spastizität war mit einem höheren Behinderungsgrad und geringerer Lebensqualität korreliert. Insgesamt wurden 60,9 % der Patienten medikamentös antispastisch behandelt, 37,2 % nicht. Sogar Patienten mit schwerer Spastik erhielten zu 16,9 % keine antispastische Medikation. Patienten und Ärzte waren mit der Wirksamkeit der antispastischen medikamentösen Therapie mehrheitlich nicht oder nur teilweise zufrieden (**Abbildung 1**).

Die MOVE 1-Studie spiegelt Art, Merkmale und Belastung durch die Spastizität bei MS-Patienten vor der Einführung des Endocannabinoidsystem-Modulators Sativex® (Wirkstoffe: Delta-9-Tetrahydrocannabinol, THC, und Cannabidiol, CBD) wider. Die derzeit laufende Studie MOVE 2 soll die Situation nach der Einführung ermitteln.

Dr. Gunter Freese

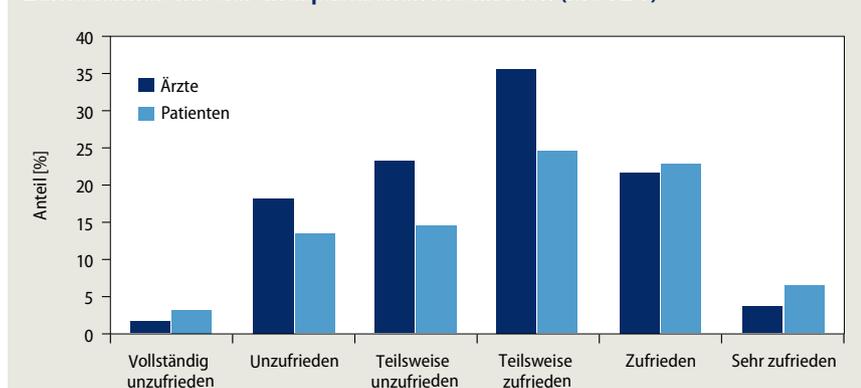
Fachpresse-Roundtable „MS-induzierte Spastik: der Patient im Fokus“,

Hamburg, 31.5.2012

Veranstalter: Almirall

Zufriedenheit mit der antispastischen Medikation (MOVE 1)

Abbildung 1



Neues Antiepileptikum

Die Europäische Kommission hat die EU-Marktzulassung für den Einsatz von Perampanel (Fycompa®) als Zusatzbehandlung von fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei Epilepsiepatienten ab zwölf Jahren erteilt. Perampanel greift als bisher einziges Antikonvulsivum selektiv an glutamatergen AMPA-Rezeptoren an. Außerdem hat der Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) der Europäischen Arzneimittelagentur die Zulassung des einmal täglich einzunehmenden Antiepileptikums Zonisamid (Zonegran®) als Monotherapie zur Behandlung von fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei Erwachsenen mit neu diagnostizierter Epilepsie erteilt.

Nach Informationen von Eisai

9. Hennig-Vertigo-Symposium

„Neue Horizonte in Diagnostik und Therapie“ ist das Thema des 9. Hennig-Vertigo-Symposiums, das am 5. und 6.10.2012 in Berlin stattfindet. Programm und Anmeldeformular unter www.hennig-am.de.

Nach Angaben von Hennig Arzneimittel

Parkinson-Therapie

Mit Fortschreiten des idiopathischen Parkinson-Syndroms stellen sich oftmals Komplikationen wie Dyskinesien und Wirkfluktuationen im Sinne eines Wearing-off ein. Die medikamentöse Therapie der motorischen und assoziierter nicht-motorischer Symptome sollte auf den einzelnen Patienten passgenau zugeschnitten werden. Eine Therapieoption ist die Behandlung mit der Kombination des COMT-Hemmers Entacapon mit Levodopa/Carbidopa in einer Tablette (Stalevo®). Da das Präparat inzwischen in sieben Dosisstärken (mit 50 mg, 75 mg, 100 mg, 125 mg, 150 mg, 175 mg und 200 mg L-Dopa) verfügbar ist, lässt sich die L-Dopa-Therapie auch mit der Kombinationstablette fein titrieren.

Nach Informationen von Orion Pharma

Frühe Therapie auch bei CIS günstig

Der frühe Therapiestart mit Interferon beta-1a s.c. verringert bei Patienten mit einem klinisch isoliertem Syndrom (CIS) signifikant das Risiko, innerhalb von 36 Monaten eine klinisch gesicherte Multiple Sklerose (MS) zu entwickeln. Das zeigen erste Ergebnisse der REFLEXION-Studie, die auf dem 64. Jahreskongress der American Academy of Neurology (AAN) vorgestellt wurden. Die Langzeitstudie REFLEXION (REFLEXextens-ION) stellt eine Extension der zweijährigen Studie REFLEX (REbif FLEXible dosing in early MS) dar, die über weitere drei Jahre läuft. Gemäß der ersten Interimsanalyse konnte die frühe Therapie mit Interferon beta-1a s.c. (Rebif®) 3 x 44 µg/Woche das Risiko für den Übergang in eine klinisch gesicherte MS (CDMS) um 44,5% gegenüber der späteren Therapie (ebenfalls 3 x 44 µg/Woche) signifikant ($p = 0,002$) senken [Comi G et al., AAN 2012, 5LB001.014]. „Das ist nicht nur statistisch hochsignifikant, sondern auch klinisch relevant“, hob Professor Friedemann Paul, Berlin, hervor. Bei der frühen Therapie war das Interferon bereits bei einem CIS und mindestens zwei MS-typischen, klinisch stummen Läsionen im T2-gewichteten MRT-Scan noch vor Erfüllen der McDonald-Kriterien von 2005 gegeben worden, beim späten Beginn wurde spätestens nach zwei Jahren

von Placebo auf dreimal wöchentlich Interferon beta-1a s.c. umgestellt.

Die Konversion zur MS nach den McDonald-Kriterien von 2005 nahm bei dreimal wöchentlicher Dosierung um 49,2% ($p < 0,001$) ab. Die Nebenwirkungen entsprachen dem bekannten Sicherheitsprofil. Die REFLEXION-Studie bestätigt damit die Ergebnisse der REFLEX-Studie über einen längeren Zeitraum. REFLEX hatte Anfang 2012 zur EU-Zulassung der dreimal wöchentlichen Gabe für die CIS-Therapie geführt. In ihr konnte die Zeit bis zur Konversion zur MS nach den McDonald-Kriterien von 2005 gegenüber Placebo unter dreimal wöchentlicher Dosierung signifikant um 213 Tage ($p < 0,001$) hinausgezögert werden [Comi G et al., Lancet Neurol 2012; 11: 33–41]. Paul hält es basierend auf den heutigen Kenntnissen für sinnvoll, eine MS möglichst früh effektiv zu behandeln, um die Langzeitprognose zu verbessern.

Petra Eiden

Presseclub „Science up to date – Neues vom AAN: Früh einsteigen, konsequent behandeln: Erfolgsfaktoren für die MS-Therapie“, Berlin, 23.5.2012
Veranstalter: Merck Serono

GAD: Ausstieg aus der Langzeittherapie mit Benzodiazepinen

Im Rahmen des internationalen Expertenmeetings „Managing Anxiety in Practice“ im April 2012 in London/UK stellte Professor Jorge Cervilla, Granada/Spanien, eine Studie vor, in der unter Umstellung auf Pregabalin (Lyrica®) eine Langzeittherapie der generalisierten Angststörung (GAD) mit Benzodiazepinen beendet werden konnte. 106 Patienten, die unter chronischer GAD litten und über 8 bis 52 Wochen mit einem Benzodiazepin behandelt wurden, waren in die doppelblinde, placebokontrollierte Studie eingeschlossen worden [Hadley SJ et al., J Psychopharmacol 2012; 26: 461–70]. Zu Beginn erhielten die Patienten 2 bis 4 Wochen Alprazolam (1–4 mg/d), im weiteren Verlauf Pregabalin (300–600 mg/d) oder Placebo. Die Dosis von Alprazolam wurde

zunächst um 25% wöchentlich verringert, der eine sechswöchige Benzodiazepin-freie Phase folgte. Mit Pregabalin behandelte Patienten konnten 1,39-mal häufiger als in der Placebogruppe die Therapie mit Benzodiazepinen beenden. Dies war bei etwa der Hälfte der Verumptatienten der Fall. Unter Pregabalin war die Entzugssymptomatik weitaus geringer ausgeprägt als unter Placebo.

Umgang mit Therapieversagen

Einem Therapieversagen können bei der GAD unterschiedliche Ursachen wie Arzneimittelinteraktionen, eine Fehldiagnose, mangelnde Compliance, eine zu geringe Therapiedauer oder inadäquate Dosierungen zugrunde liegen. Sind diese ausgeschlossen worden

und ist von einer Therapierefraktivität auszugehen, können als Behandlungsversuche die Kombination der bestehenden Medikation mit einem weiteren Anxiolytikum, eine Dosissteigerung oder ein Medikamentenwechsel erwogen werden, sagte Professor Borwin Bandelow, Göttingen. Als Zusatzmedikation könne lediglich für Pregabalin auf tragfähige klinische Daten zurückgegriffen werden. So seien in einer doppelblinden, placebokontrollierten Studie 356 Patienten untersucht worden, die trotz mindestens zweier Therapieversuche mit einem SSRI oder SNRI auf der Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A) einen Wert ≥ 16 zeigten [Rickels

K et al., *Int Clin Psychopharmacol* 2012; 27: 142–50]. Zusätzlich zu der bereits bestehenden Therapie der GAD erhielten 180 Patienten Pregabalin (150–600 mg/d), 176 Placebo. Nach acht Wochen hatte sich der mittlere HAM-A-Wert in der Pregabalin-Gruppe signifikant stärker verbessert als in der Placebogruppe (–7,6 vs. –6,4; $p < 0,005$). Die Ansprechraten waren unter der Begleittherapie mit Verum signifikant höher (47,5% vs. 35,2%; $p = 0,0145$). **red**

Managing Anxiety in Practice (MAP Meeting, „The GAD Patient in Focus“), London, 20. – 21. April 2012

Patienten profitieren von früher Gabe der oralen MS-Therapie

➔ Bei MS-Patienten lohnt sich ein früher Therapiebeginn mit Fingolimod (Gilenya®) – sie bleiben damit länger schubfrei als bei einem späteren Therapiebeginn. Neue Daten bestätigen zudem eine gute kardiale Sicherheit auch bei Patienten mit Bradykardie und bekanntem AV-Block.

Eine Therapie mit Fingolimod kann die jährliche Schubrate sowohl im Vergleich zu Placebo als auch zu einer Basistherapie mit Interferon beta-1a um mehr als die Hälfte reduzieren – das haben Phase-II- und Phase-III-Studien klar ergeben. Daran hat Professor Finn Sellebjerg von der Universität in Kopenhagen erinnert. Von der Therapie scheinen besonders auch solche Patienten zu profitieren, die trotz einer Interferon-Behandlung eine hohe Krankheitsaktivität zeigen. So gab es in dieser Gruppe von Patienten in der Zulassungsstudie TRANSFORMS nach einem Jahr unter Fingolimod 61% weniger Schübe als unter Interferon beta-1a, sagte Sellebjerg beim ENS-Kongress in Prag. Fünfjahresdaten der Studie FREEDOMS deuten zudem darauf, dass Patienten umso mehr von dem Sphingosin-1-Phosphat-Rezeptormodulator profitieren, je früher sie damit behandelt werden. So blieben 59% der Patienten mit initialer Fingolimod-Therapie über fünf Jahre hinweg anfallsfrei. Wurden die Patienten jedoch zunächst zwei Jahre mit Placebo und dann mit Fingolimod behandelt, waren nach fünf Jahren nur 37% ohne weitere Anfälle. Werden Patienten neu auf Fingolimod eingestellt, reicht bei 95% die empfohlene sechsstündige EKG-Überwachung nach der

ersten Dosis aus, so Professor Ralf Gold, Bochum. Das lässt sich aus der Studie FIRST schließen, an der über 2.400 Patienten unter Praxisbedingungen teilnahmen. In die Studie wurden gezielt auch solche MS-Patienten aufgenommen, die in den Zulassungsstudien ausgeschlossen worden waren, also Diabetiker, Asthmatiker, Patienten unter Beta- und Kalziumkanalblockern sowie Patienten mit bekanntem AV-Block und Bradykardie. Sie bekamen 16 Wochen lang Fingolimod und wurden während der ersten Dosis streng kardial überwacht. Dabei kam es in den ersten sechs Stunden nur bei 1,3% zu einer leichten bis moderaten Bradykardie (unter 45 bpm), aber bei keinem Patienten sank der Puls unter 30 bpm. Von den Patienten mit kardialen Risikofaktoren zeigten 3,7% einen AV-Block Grad I (Typ Mobitz) vor Therapiebeginn und 4,4% nach der ersten Dosis. Ein asymptomatischer Grad-II-Block trat hier bei 0,7% vor und 1,7% nach der ersten Dosis auf. Insgesamt wurden nur bei 5% der Patienten am ersten Therapietag EKG-Veränderungen beobachtet; diese waren mild bis moderat ausgeprägt, verschwanden in der Regel wieder spontan und erforderten keine pharmakologische Intervention. Die FIRST-Studie, so Gold, konnte also auch unter Alltagsbedingungen eine gute kardiale Sicherheit belegen.

Thomas Müller

Symposium „Growing clinical experience with oral fingolimod in MS“; ENS-Kongress, Prag, 11. Juni 2012

Veranstalter: Novartis Pharma

Parkinson-Therapie

— Nach den Ergebnissen der ACTOR-Studie, die im Rahmen des diesjährigen internationalen Kongresses der Movement Disorders Society (MDS) in Dublin präsentiert wurden, ist der MAO-B-Hemmer Rasagilin (Azilect®) hinsichtlich des Nebenwirkungsprofils dem Dopaminagonisten Pramipexol nicht unterlegen. Die ACTOR-Studie [Viallet F et al., Abstract 450, MDS-Kongress Dublin/Irland, Juni 2012], die von einem französischen Team aus Forschern rund um Dr. François Viallet durchgeführt wurde, hatte die Sicherheit und Verträglichkeit von Rasagilin bei frühem Parkinson im Vergleich zu Pramipexol untersucht. Von insgesamt 109 Patienten, die im Durchschnitt 63 Jahre alt und seit 3,4 Monaten erkrankt waren, erhielt die Hälfte der Teilnehmer 1 mg/d Rasagilin, während die andere Hälfte 1,5 mg/d Pramipexol einnahm. Während der 15-wöchigen multizentrischen, randomisierten, doppelblinden Studie mit parallelen Gruppen berichteten 44,6% der Patienten unter Pramipexol von mindestens einer signifikanten unerwünschten Nebenwirkung, wie gastrointestinale Störungen (Übelkeit, Verdauungsbeschwerden, Erbrechen etc.), während diese Zahl unter einer Behandlung mit Rasagilin bei etwa einem Drittel der Patienten lag (31,2%). Insgesamt konnte mit der Differenz gezeigt werden, dass Rasagilin hinsichtlich des Nebenwirkungsprofils Pramipexol nicht unterlegen ist.

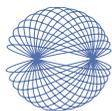
Weitere Informationen zu Rasagilin und Parkinson unter www.azilect.de und www.leben-mit-parkinson.de.

Nach Informationen von Teva

Neu auf dem Markt

— Das Unternehmen neuraxpharm hat seine ZNS-Palette erweitert. Ab sofort sind Naratriptan-neuraxpharm® und Zolmitriptan-neuraxpharm® zur akuten Behandlung der Migräne mit oder ohne Aura verfügbar. Zolmitriptan-neuraxpharm® gibt es in den Wirkstärken 2,5 mg und 5 mg und Naratriptan-neuraxpharm® in der Wirkstärke 2,5 mg.

Nach Informationen von neuraxpharm



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvdn.de

Vorstand/Beirat

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

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Württemberg: Birgit Imdahl
Bayern: Gunther Carl
Berlin: Gerd Benesch
Brandenburg: Gisela Damaschke
Bremen: Ulrich Dölle
Hamburg: Guntram Hinz
Hessen: Peter Laß-Tegethoff
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: N. N.
Westfalen: Rüdiger Sassmanshausen

Ansprechpartner für Themenfelder

Neue Medien: A. Hillienhof
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. Bohllken
Epileptologie: R. Berkenfeld
Neuroangiologie, Schlaganfall: P. Reuther
Neurootologie, Neuroophthalmologie: M. Freidel
Neuroorthopädie: B. Kugelgen
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 Neuhofer, Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld
 Tel.: 02151 4546920, Fax: 02151 4546925
 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
Bankverbindung: Sparkasse Neuss
 Kto.-Nr.: 800 920 00, BLZ 305 500 00
BVDN Homepage: <http://www.bvdn.de>
Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ www.neuroscout.de

Vorstand des BDN

1. Vorsitzender: Christian Gerloff, Hamburg
2. Vorsitzender: Uwe Meier, Grevenbroich
Schriftführer: Heinz Wiendl, Münster
Kassenwart: Karl-Otto Sigel, München
Beisitzer: Frank Bergmann, Aachen; Elmar Busch, Gelsenkirchen; 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

DGNR: H. Masur / **AG ANR:** P. Reuther
BV-ANR: P. Reuther / **UEMS:** F. Jungmann

BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg: N. N.
Bayern: Karl-Otto Sigel
Berlin: Walter Raffauf
Brandenburg: Martin Delf, Frank Freitag
Bremen: Helfried Jacobs
Hamburg: Heinrich Goossens-Merkel, Peter Emrich
Hessen: Thomas Briebach
Mecklenburg-Vorpommern: Liane Hauk-Westerhoff
Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf
Nordrhein: Uwe Meier
Rheinland-Pfalz: Günther Endrass
Saarland: Richard Rohrer
Sachsen: Elke Wollenhaupt
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Uwe Meyer-Hülsmann
Thüringen: Dirk Neubert
Westfalen: Martin Boursachs, Klaus Gorsboth



BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

■ www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Stellvertreterender Vorsitzender: Christian Vogel, München
Schriftführer: Sabine Köhler, Jena
Schatzmeister: Oliver Biniash, Ingolstadt
Beisitzer: Uwe Bannert, Bad Segeberg; Frank Bergmann, Aachen; 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: Delia Peschel
Bremen: n.n.
Hamburg: Ute Bavendamm, Guntram Hinz
Hessen: Peter Kramuschke
Mecklenburg-Vorpommern: Christine Lehmann
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

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 485 EUR für Chefärzte/Niedergelassene; 350 EUR für Fachärzte an Kliniken/Gemeinschaftspraxismitglieder; 90 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 485 EUR für Chefärzte/Niedergelassene; 350 EUR für Fachärzte an Kliniken/Gemeinschaftspraxismitglieder; 90 EUR für Ärzte in Weiterbildung).
- 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"/> PPMp – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie | <input type="checkbox"/> Balint-Journal |

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

- Kostenlose NERFAX-Teilnahme gewünscht
- Kostenloser Mailservice „Das muss man wissen ...“ 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.)