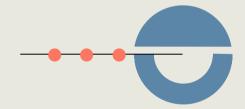
S 1 September 2013_24. Jahrgang

NEUROTRANSMITTER

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

BDN-Sonderheft zum 86. Kongress der DGN 2013





Gesundheitspolitik

Neurologen fragen – Politiker antworten

Novellierung der Weiterbildung

Organisationen agieren online

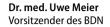
Nachwuchsförderung

Junge Neurologen aktiver denn je

Fortbildung

Neurovaskuläre Primärprävention







Prof. Dr. med. Christian Gerloff Vorsitzender des BDN

Medizin in Bewegung

Während wir in Praxen und Kliniken mit der Versorgung unserer Patienten beschäftigt sind, werden in der Politik für uns fast unmerklich Weichen gestellt und Sollwerte verschoben, welche die politischen Rahmenbedingungen und damit die Versorgungsrealitäten nachhaltig und in vielen Aspekten unwiderruflich verändern werden. Das betrifft uns alle, ob wir wollen oder nicht. Es ist unsere Aufgabe im Berufsverband, diese Dinge sichtbar und unseren Einfluss geltend zu machen. Dieses Sonderheft zum DGN-Kongress 2013 und das diesjährige BDN-Forum möchten daher – wie in jedem Jahr – einen Teil des berufspolitischen Spektrums für die Neurologen aufgreifen und transparent machen.

Die Bundestagswahlen 2013 fallen auf das Wochenende nach dem DGN-Kongress. Wir haben die Koinzidenz dieser Ereignisse zum Anlass genommen, den politischen Parteien konkret Fragen zu stellen, die für unsere Patienten und für die Neurologie relevant sind. Es haben sich alle angefragten Parteien gemeldet. Die Antworten werden hier 1:1 und unkommentiert abgedruckt. Vielleicht hilft das dem einen oder anderen Kongressteilnehmer bei der Entscheidung für das richtige Kreuz und der NeuroTransmitter ist am Ende sogar wahlentscheidend – wer weiß.

Neurologie in Bewegung, das bedeutet natürlich auch Nachwuchsarbeit. Zusammen mit der DGN tragen wir als Berufsverbände die Aktionen zu den "Jungen Neurologen". Wir haben den Aktivitäten und den Jungen Neurologen in diesem Heft viel Raum gegeben, weil wir glauben, dass dies eine äußerst wichtige politische, und wie wir finden, auch sehr kreative und motivierende Arbeit ist. Danke an dieser Stelle daher an alle Jungen Neurologen, die sich für diese gute Sache engagieren!

Die Kooperation der Berufsverbände mit der DGN entwickelt sich weiterhin seit vielen Jahren sehr intensiv und man kann sagen routiniert auf allen Ebenen. Daher gilt unser Dank wie immer auch der DGN für die enge Zusammenarbeit und natürlich auch dafür, dass wir auf dem DGN-Kongress Raum für die Darstellung unserer Aktivitäten bekommen. Wir haben im Gegenzug der DGN die Möglichkeit gegeben, in diesem Sonderheft über ihre Kongressaktivitäten zu berichten.

Im letzten Jahr hat Professor Wolfgang Oertel auf dem DGN-Kongress in Hamburg auf die Bedeutung der Neuroprävention hingewiesen. Wir glauben nicht nur in Anbetracht der jüngsten Verabschiedung des Präventionsgesetzes, sondern auch aus intrinsischer Überzeugung, dass wir diesem Thema mehr Aufmerksamkeit schenken sollten. Daher machen wir in diesem Heft einen zaghaften Anfang, die Ernährung im Kontext der kardio- und neurovaskulären Primärprävention

zu thematisieren und haben eine Ökotrophologin gebeten, das Thema aus ihrer Perspektive zusammenzufassen. Wir glauben, dass hier viel Potential für regionale, berufsgruppen- und fach- übergreifende Kooperationen mit Praxen und Kliniken steckt. Vielleicht motiviert der Artikel den einen oder anderen, derartige Kooperationen zu initiieren. Neurologen sind angesichts der Bedeutung neurovaskulärer, aber auch neurodegenerativer Erkrankungen durchaus prädestiniert, sich hier führend zu betätigen.

Ein wichtiges Thema, das die Politik und die Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung schon lange beschäftigt, ist die Gestaltung der Versorgungslandschaft im Hinblick auf Zuständigkeiten was die Grundversorgung und Spezialisierung anbetrifft und damit auch die Regelungen des Zugangs zu den jeweiligen Versorgungsebenen. Hier geht es unter anderem um Versorgungsanreize und damit natürlich auch um das liebe Geld. Finanzielle Ressourcen sind begrenzt und die Frage der Allokation finanzieller Mittel steht immer im Hintergrund gesundheitspolitscher Entscheidungen. Das ist nicht nur mikroökonomische Realität in Klinik- und Praxisstrukturen, sondern selbstverständlich auch makroökonomische Perspektive in der Gesundheitspolitik und der Selbstverwaltung. Wir haben das Thema "Grundversorgung - Spezialisierung" daher auch in das Zentrum unseres diesjährigen BDN-Forums gestellt, einschließlich möglicher Ausprägungen und Auswirkungen in den Bereichen neue Versorgungsformen, Weiterbildungsordnung und Kooperationsstrukturen.

Wir würden uns sehr freuen, Sie auch auf unserer Mitgliederversammlung zahlreich begrüßen zu dürfen, die im Anschluss an das BDN-Forum stattfinden wird

Nur wenn wir viele sind, können wir uns berufspolitisch stark aufstellen – von Neurologen für Neurologen. Wir bitten Sie daher um Ihre Unterstützung der berufspolitischen Arbeit, und sei es nur durch Ihre Mitgliedschaft!

Last but not least wünschen wir Ihnen einen erfolgreichen Kongressverlauf!

Mit besten Grüßen



»Die DGN und die Berufsverbände können sicherlich noch viel voneinander lernen, aber entscheidend ist eine enge Kooperation, die wir pflegen und aus der eine große Schlagkraft entsteht.«

Prof. Dr. med. Martin Grond

1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Dieser Kongress bedeutet Qualität, Unabhängigkeit und Transparenz

A ls Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Neurologie – DGN – möchte ich Sie ganz herzlich auf dem 86. Kongress der DGN in Dresden begrüßen.

Auch in diesem Jahr bietet der DGN-Kongress als das größte Neurologentreffen in Europa eine thematische Breite und Vielfalt wie kaum ein anderer Neurologie-Kongress: rund 300 wissenschaftliche Vorträge, 380 Poster mit 28 Poster-Führungen, 50 CME-zertifizierte Kurse mit 300 Vorträgen der DGN-Fortbildungsakademie, mehr als 20 Industriesymposien und mehr als 70 Aussteller, ein umfangreiches Nachwuchsprogramm der "Jungen Neurologen" und das zweitägige "DGN(forum" zu medizinpolitischen Themen. Im DGN(forum kooperieren wir übrigens erstmals auch mit dem jährlichen Forum des BDN – nur eines von vielen Beispielen für die Schnittstellen zwischen der DGN und den Berufsverbänden. Mit dieser fachlichen Intensität leistet der DGN-Kongress einen wesentlichen Beitrag zur flächendeckenden Qualitätssicherung in der neurologischen Versorgung - der dort stattfindende Wissenstransfer ist nicht hoch genug zu bewerten. Denn hier findet die fachliche und kollegiale Diskussion zwischen mehr als 5.000 Neurologinnen und Neurologen aus Praxen und Kliniken, aus Wissenschaft und Anwendung, aus Universitäten und nicht universitären Kliniken und aus den neuen sektorenübergreifenden Strukturen statt. In nur vier Tagen kann man sich aus erster Hand, authentisch und diskursiv über neue Entwicklungen und ihre praktische Relevanz informieren und die in der Medizin so wichtigen Erfahrungswerte austauschen.

Synergien durch Kooperation und Wachstum

Das Kongressmotto "Medizin in Bewegung" trifft dabei auf unseren Fachbereich in vielerlei Hinsicht zu: Die neuen Zahlen der Bundesärztekammer belegen, dass die Neurologie das am schnellsten wachsende therapeutische Fachgebiet in der Medizin ist. Die DGN gilt als Organisation, die die Neurologie in der Öffentlichkeit kommuniziert, repräsentiert und managt. Sie verzeichnete 2012 das größte Wachstum seit ihrer Gründung und zählt jetzt mehr als 7.500 Mitglieder. Viele unserer Mitglieder werden auch von den Berufsverbänden vertreten, unter anderem, weil sie mit ihrer jahrelangen Erfahrung im dichten Dschungel der Gesundheitspolitik sehr erfolgreich agieren.

Die DGN und die Berufsverbände können sicherlich noch viel voneinander lernen, aber entscheidend ist eine enge Ko-

operation, die wir pflegen und aus der eine große Schlagkraft entsteht. Dabei gilt es übrigens die traditionelle Vorstellung, der Berufsverband sei für die Niedergelassenen zuständig und die DGN für die Kliniker, zu überwinden.

Transparenz und Unabhängigkeit ärztlichen Handelns

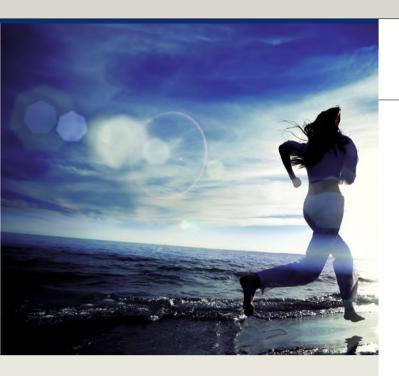
Ein Thema, bei dem wir jüngst mit dem BDN kooperiert haben und das untrennbar mit unserem Kongress verbunden ist, liegt mir persönlich sehr am Herzen: die Transparenz und Unabhängigkeit ärztlichen Handelns. Als klares Signal für eine Kultur der Unabhängigkeit der ärztlichen Fortbildung werden alle Veranstaltungen des DGN-Kongresses, mit Ausnahme der Industriesymposien und der Industrieausstellung, wie immer ausschließlich durch das persönliche, ehrenamtliche Engagement der Referenten ermöglicht und aus Mitteln der DGN finanziert. Zahlreiche Maßnahmen wurden ergriffen, um auf dem Kongress nicht einen anderen Eindruck entstehen zu lassen. Das heißt aber nicht, dass die DGN beziehungsweise die Neurologie den Kontakt mit der Industrie scheut. Von den Unternehmen gehen Innovationen aus, die wir als Ärzte im Sinne einer patientenorientierten Therapie unbedingt benötigen, aber auch mitgestalten müssen. Dies bedeutet: Kooperation, aber mit klaren Regeln und größtmöglicher Transparenz.

Orientiert an diesen Prinzipien bietet der Kongress ein außerordentlich attraktives und vielfältiges Programm, das Kongresspräsident Professor Heinz Reichmann, Direktor des Neurologischen Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden und Past-Präsident der DGN, sowie Kongresssekretär Professor Alexander Storch gemeinsam mit der Programmkommission aus den vielen hervorragenden Vorschlägen unserer Kolleginnen und Kollegen in bewährter Qualität zusammengestellt haben. Vielen Dank dafür!

Ich freue mich auf einen spannenden Kongress in Dresden – auf dem auch wieder ein reger Austausch zwischen den Berufsverbänden und der DGN stattfindet!

M. Lun

Ihr



Medizin in Bewegung

Was tut sich in Sachen Musterweiterbildungsordnung, Honorarentwicklung oder ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung? Wie nutzen wir Internet und Social Media für die interne Kommunikation und für die Öffentlichkeitsarbeit? Die Medizin ist in Bewegung, die Neurologie sowieso.

In dieser Sonderausgabe zum DGN-Kongress kurz vor der Bundestagswahl 2013 können Sie nachlesen, was uns die Parteien für die Zukunft versprechen. Auch hier wird sich wohl einiges bewegen.

Mit dieser Sonderausgabe wollen wir Sie aber auch auf den Kongressbesuch einstimmen. Ob neue oder jährlich wiederkehrende Veranstaltungen, Highlights aus der Wissenschaft und dem Rahmenprogramm – dieses Heft möchte Sie mit Empfehlungen aus der Sicht von BDN (Seite 11), DGN (Seite 36) und den Jungen Neurologen (Seite 50) ein wenig durch den Kongressdschungel lotsen.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. rer. nat. Gunter Freese (Leitung) Telefon: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435

E-Mail: gunter.freese@springer.com Dr. rer. nat. Carin Szostecki (-1346) E-Mail: carin.szostecki@springer.com

Schriftleitung dieser Sonderausgabe:

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

Titelbild:

© mr. markin / Fotolia.com

Inhalt Sonderheft 1/2013

- 3 Editorial
- 5 Geleitwort

Der BDN

- 10 Vorgestellt Ihre Ansprechpartner beim BDN
- 11 Kongressaktivitäten DGN-Kongress 2013

Gesundheitspolitik

12 Wahlprüfsteine

Das versprechen die Parteien vor der Wahl

Rund um den Beruf

31 Was sich ab Oktober ändert

Update Honorarentwicklung

32 Es gibt noch viel zu tun ...

... in Sachen Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung

34 Wir müssen uns der Herausforderung stellen

Überarbeitung der Weiterbildungsordnung

DGN-Kongress

35 Medizin in Bewegung

Interview mit dem Kongresspräsidenten Professor Heinz Reichmann

36 Highlights und Empfehlungen

Was Sie nicht versäumen sollten

Neurologen im Netz

40 Weiter auf der Erfolgsspur

Öffentlichkeitsarbeit über die NPIN-Homepage

42 Smartphone und Tablet-PC

Die neuen Internetseiten der Berufsverbände

43 Journal Club zum Mitdiskutieren

Die neue Med.-Wiss.-Seite der Jungen Neurologen

43 Social media – I think I spider

Junge Neurologen vernetzen und verabreden sich über Facebook

NEUROTRANSMITTER

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

Herausgeber: Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN), 1. Vorsitzender: Dr. med. Frank Bergmann (fb) Kapuzinergraben 19, 52062 Aachen, Tel.: 0241 36330, Fax: -404972

E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Geschäftsstelle BVDN, BDN, BVDP: D. Differt-Fritz, Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 4546920. Fax: -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: -203043-1399, www.springerfachmedien-medizin.de

Geschäftsführer: Harm van Maanen, Fabian Kaufmann,

Dr. med. Esther Wieland, Matthias Wissel

Director Facharzt Medizin: Dr. med. Christoph Posch

Ressortleitung: Dr. rer. nat. Gunter Freese

Redaktion: Dr. rer. nat. Gunter Freese (Leitung), Tel.: 089 203043-1435, Fax: -203043-31435, E-Mail: gunter.freese@springer.com, Dr. rer. nat. Carin Szostecki (-1346), Dr. rer. nat. Thomas Riedel (-1327), Thomas Müller, Monika Hartkopf (CvD, -1409), Bernadette Helms (Assistenz, -1368)

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

Corporate Publishing: Ulrike Hafner (Leitung), Tel.: 06221 4878-104, E-Mail: ulrike.hafner@springer.com

Anzeigenverkauf: Peter Urban (Leitung), Tel.: 089 203043-1333, E-Mail: peter.urban@springer.com) Anzeigenpreisliste Nr. 15 vom 1.10.2012.

Vertrieb: Marion Horn (Leitung), Tel.: 06102 506-148, E-Mail: marion.horn@springer.com

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: 23 €. Jahresabonnement: 207 €. Für Studenten/AIP: 142 €. Versandkosten jeweils: Inland 29 €, Ausland 48 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 56,72 € zzgl. Versandkosten (s.o.).

Copyright - Allgemeine Hinweise:

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

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

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



Inhalt Sonderheft 1/2013

Junge Neurologen

- **44 Nachwuchsförderung im Fokus**Der scheidende JuNo-Sprecher blickt zurück
- **45 Enthusiastischer Blick nach vorne**Interview mit der neuen JuNo-Sprecherin
- **46 Viel Wissen, viel Spaß**Berichte von den Summer Schools im vergangenen Jahr
- 50 DGN-Kongress wo muss ich hin? Wegweiser für Kongressneulinge
- 55 Ausbildung und noch viel mehr
 Das Mentorenprogramm der Jungen Neurologen
- Dein Tag in der NeurologieReal Life für Studenten Chancen für Kliniken

Fortbildung

- 58 Ernährung ist auch ein Thema für Neurologen Kardio- und neurovaskuläre Primärprävention
 - 9 Impressum
- 62 Pharmaforum
- 66 Verbandsservice

Vorgestellt – Ihre Ansprechpartner beim BDN

Der Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN) vertritt die Interessen seiner Mitalieder im Hinblick auf die politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Hier finden Sie die wichtigsten "Köpfe" und Ansprechpartner für Ihre Anliegen.

Der Vorstand des BDN



Vorsitzender Dr. med. Uwe Meier

umeier@ t-online de



Vorsitzender Prof. Dr. med. Gerloff

aerloff@



Kassenwart Dr. med. Karl-Otto Sigel

karl.sigel@ amx.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@



Prof Dr med Peter Berlit peter.berlit@

krupp-kranken-



Dr. med. Frank Bergmann

bergmann@ bvdn-nord-

Die BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg Dr. med. Wolfgang Freund (nom.) freund-ulm@t-online.de Bayern Dr. med. Karl-Otto Sigel karl.sigel@gmx.de Dr. med. Walter Raffauf Berlin Brandenburg Dr. med. Frank Freitag Dr. med. Martin Delf dr.delf@neuroprax.de Dr. med. Helfried Jacobs Bremen Dr. med. Heinrich Goossens-Hamburg

Merkt Dr. med. Thomas Briebach

Dr. med. Liane Hauk-Westerhoff Mecklenburg-Vorpommern Niedersachsen Dr. med. Elisabeth Rehkopf Nordrhein Dr. med. Uwe Meier Rheinland-Pfalz Dr. med. Günther Endrass Saarland Dr. med. Richard Rohrer Sachsen Dr. med. Elke Wollenhaupt Sachsen-Anhalt Dr. med. Michael Schwalbe Dr. med. Uwe Meyer-Hülsmann Schleswig-Holstein

Thüringen Dr. med. Dirk Neubert Westfalen Dr. med. Martin Bauersachs raffauf@neuropraxis-mitte.de Freitag@nervenzentrum-potsdam.de cristina.helfried@t-online.de dr.goossens-merkt@neurologie-hamburg.net

praxis@nervenarzt-friedberg.de liane.hauk-westerhoff@ nervenaerzte-rostock.de elisabeth.rehkopf@web.de umeier@t-online.de g.endrass@gmx.de rohrer@zns-igb.de elke.wollenhaupt@web.de schwalbenhorst@t-online.de uwemh@t-online.de dirk@neubert.net info@klemt-bauersachs.de

Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle des BDN, des BVDN und des BVDP finden Sie in Krefeld.

Für die Belange der BDN-Mitglieder stehen Dagmar Differt-Fritz, Leiterin der Geschäftsstelle, und Thorsten Seehagen von Montag bis Freitag jeweils von 9.00 bis 17.00 Uhr zur Verfügung.

BDN-Geschäftsstelle Gut Neuhof, Am Zollhof 2a 47829 Krefeld Telefon 02151 45 46 920 Telefax 02151 45 46 925

E-Mail: bdn-neurologen@t-online.de

Der BDN hat zusätzlich in den Räumen des DGN in Berlin eine Hauptstadtrepräsentanz, die für Kontakte, Gespräche mit Politikern und Arbeitssitzungen genutzt wird.

Hessen



Der BDN auf dem 86. DGN-Kongress 2013 in Dresden

Mitgliederversammlung

Anlässlich des 86. Kongresses der DGN in Dresden laden wir herzlich ein zur BDN-Mitgliederversammlung 2013 am Freitag, 20. September 2013, 10.30 bis 12.00 Uhr,

Saal St. Petersburg, Börse Dresden.

BDN-Forum 2013 – berufspolitisches **Update**

Grundversorger und Spezialisten in Klinik und Praxis - Entwicklung ambulanter, stationärer und kooperativer Versorgungsstrukturen vor dem Hintergrund aktueller Gesetze und Reformen.

Vorsitz: C. Gerloff, Hamburg, U. Meier Grevenbroich

Podium und Referenten: G. Fink, Köln, F. Bergmann, Aachen, E. Busch, Gelsenkirchen, H. Wiendl, Münster

Die Versorgungsstrukturen differenzieren sich unter dem Aspekt von Grundversorgung und spezialisierter Versorgung. Im stationären Bereich ist diese Differenzierung über allgemeine Krankenhäuser und Unikliniken gelebte Praxis, wenn auch mit fließenden Übergängen. Im ambulanten Bereich ist durch geplante Honorarreformen eine vergleichbare Aufgabenteilung intendiert. Im Grenzbereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird sich zusätzlich noch die ambulante spezialfachärztliche Versorgung als vollständig neuer Versorgungssektor platzieren. Welche Auswirkungen hat dies für neurologische Krankenhäuser und Praxen

- _unter dem Aspekt wachsender Versorgungsbedarfe und zunehmenden Ärztemangel mit bereits jetzt schon überfüllten Ambulanzen und langen Wartezeiten sowie
- _vor dem Hintergrund steigender Anforderungen?

Im diesjährigen BDN-Forum möchten wir mit Vertretern aus den unterschiedlichen Versorgungsbereichen und berufspolitischen Kommissionen zunächst in Impulsreferaten aktuell über ausgewählte berufspolitische Themen informieren. Von besonderer Aktualität sind hier die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, die neue Weiterbildungsordnung, versorgungssteuernde Aspekte der Honorarentwicklung und sektorenübergreifende Kooperationsmodelle. Anschließend ist eine Podiumsdiskussion mit den Referenten vorgesehen.

Freitag, 20. September 2013 9.00 bis 10.30 Uhr Messe Dresden Classroom DGN(forum, Halle 1.3

Code of Conduct

Diskutieren Sie mit: Handlungsrichtlinien zum Umgang mit wirtschaftlichen

Ob das DRG-System in den Krankenhäusern oder die Gewinninteressen der Industrie - die Einflüsse, denen Ärzte ausgesetzt sind, stehen bisweilen der Unabhängigkeit medizinischen Handelns entgegen. Ein Komitee der DGN unter Beteiligung des BDN hat zu diesem intensiv diskutierten und hochaktuellen Thema nun Handlungsrichtlinien erstellt, mit denen die neurologische Fachgesellschaft Position bezieht. Nachdem der Entwurf einen Monat lang im internen Mitgliederbereich der DGN-Website zur Diskussion stand, soll nun das Grundsatzpapier in der Veranstaltung "Interessen, Konflikte, Transparenz: Ist die ärztliche Entscheidungsfreiheit in Gefahr?" öffentlich diskutiert und darüber hinaus anschließend publiziert werden. Alle Kongressteilnehmer sind herzlich eingeladen, Meinungen zu diesem brisanten Thema auszutauschen und mitzudiskutieren.

Freitag, 20. September 2013 14.30 Uhr, Messe Dresden Classroom DGN(forum, Halle 1.3 Weitere Informationen: www.dgnkongress.org/2013/dgnforum

Wahlprüfsteine

Das versprechen die Parteien



Das Gesundheitssystem in Deutschland steht vor enormen Herausforderungen. Gesundheitspolitische Weichenstellungen in der Vergangenheit haben sich nicht immer als patientenorientiert und zukunftstauglich erwiesen – gerade auch im Bereich von Neurologie und Psychiatrie. Pünktlich zur Wahl nehmen die Parteien (alphabetisch sortiert) zu wichtigen Fragestellungen der nächsten Legislaturperiode – unseren Wahlprüfsteinen – Stellung.

VIAICO ZO II / FULUIIA.CO

Wahlprüfstein 1

Die Sicherstellung einer angemessenen medizinischen Versorgung mit naturgemäß begrenzten Budgets ist gesundheitspolitisch eine Herausforderung, die aufgrund des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts an Bedeutung zunehmen wird.

Wie wollen Sie die Finanzierung des Gesundheitswesens zukunftsfest gestalten? Haben Sie politische Konzepte, die eine stille Rationierung verhindern soll? Wie steht Ihre Partei zu einer Priorisierung medizinischer Leistungen?



Wir wollen eine Bürgerversicherung, in die auch Gutverdienende,

Beamte und Selbstständige einbezogen werden. Zu ihrer Finanzierung beitragen sollen auch Kapitaleinkommen und Gewinne. Die Diskussion über die Priorisierung halten wir für einen Irrweg. Sie verführt dazu, sich die Köpfe darüber heiß zu reden, wer welche Gesundheitsleistungen erhält oder auch nicht. Wichtiger und zielführender ist es, das System durch Reformen auf der Finanzierungsund Versorgungsseite leistungsfähiger zu machen und großes Gewicht auf die

Gesundheitsförderung auch außerhalb des Gesundheitswesens etwa im Bildungssystem, beim Städtebau oder in der Arbeitswelt zu legen.

CDU CSU§

Durch erfolgreiche Reformen haben CDU und CSU die Beiträge zur gesetzli-

chen Krankenversicherung stabil gehalten. Krankenkassen und Gesundheitsfonds haben erhebliche Rücklagen gebildet. Mit der erweiterten Möglichkeit der Krankenkassen, die Beiträge über Prämienrückerstattungen sowie Zusatzbeiträge zu gestalten, haben wir den Wettbewerb gestärkt. Wir bekennen uns zum Wettbewerb der Krankenkassen. Eine staatliche Einheitsversicherung für alle lehnen wir ab. Die private Krankenversicherung mit ihren individuellen Kapitalrücklagen, um steigende Kosten im Alter zu dämpfen, leistet einen wichtigen Beitrag zur Nachhaltigkeit und Umsetzung von Neuerungen im Gesundheitswesen.

Das christliche Verständnis vom Menschen ist unsere ethische Grundlage für eine verantwortliche Politik. Gerade im Umgang mit Kranken, Älteren und Schwachen zeigt die Gesellschaft ihr soziales Gesicht und ihr Wertefundament. Priorisierung medizinischer Leistungen lehnen wir ab. CDU und CSU wollen, dass auch in Zukunft jeder in Deutschland Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung hat, unabhängig von Einkommen, Alter oder gesundheitlichem Zustand. Wir stehen für ein leistungsfähiges Gesundheitswesen, das Menschlichkeit, Qualität und Bezahlbarkeit zusammenführt und zu einer hohen Lebensqualität in Deutschland beiträgt. CDU und CSU stehen ebenso für ein solidarisches Gesundheitswesen, in dem Hilfe für Kranke und Ältere sowie Eigenverantwortung zwei Seiten ein und derselben Medaille sind. Wir sichern ein Gesundheitswesen, in dem die Menschen darauf vertrauen können, dass alle Beteiligten in Medizin und Pflege ihre Verantwortung gegenüber Patienten sorgsam wahrnehmen.



Angesichts der demografischen Entwicklung und steigender Ausgaben aufgrund

des medizinisch-technischen Fortschritts brauchen die Krankenkassen eine solide Basis und Verlässlichkeit auf

12

der Einnahmenseite, um für künftige Herausforderungen gewappnet zu sein. Gleichzeitig müssen wir dafür sorgen, dass durch gezielte Gesundheitsförderung und Prävention Krankheiten gar nicht erst entstehen oder in ihrem Verlauf positiv beeinflusst werden und die Menschen gesund älter werden. Eine nachhaltige Finanzierung kann in einer älter werdenden Gesellschaft nur durch eine Abkoppelung der Krankenversicherungsbeiträge von den Arbeitskosten gelingen. Deswegen setzen wir auf eine stärkere Beitragserhebung über einkommensunabhängige Prämienanteile und gleichzeitigen Sozialausgleich aus Steuermitteln als Schutz vor Überforderung. Für die FDP hat oberste Priorität, dass auch in Zukunft alle Menschen unabhängig vom Einkommen wohnortnah Zugang zu einer hochwertigen medizinischen Versorgung haben. Eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung setzt voraus, dass flächendeckend die notwendigen medizinischen Einrichtungen sowie eine ausreichende Zahl an gut ausgebildeten und motivierten Ärzten, Zahnärzten und sonstigen Leistungserbringern zur Verfügung stehen. Eine Politik der Budgetierung wird im demografischen Wandel zu einem Mangel an Ärzten, Pflegekräften und anderen Leistungsangeboten führen. Um auch in Zukunft eine gute Versorgung zu gewährleisten, brauchen wir leistungsgerechte Vergütungen und gute Arbeitsbedingungen. Dazu gehören die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ebenso wie effiziente Arbeitsabläufe und der Abbau unnötiger Bürokratie in den Praxen und Gesundheitseinrichtungen. Die Regierungskoalition hat mit mehreren Reformgesetzen die richtigen Weichen

gestellt. Diesen erfolgreichen Weg wollen wir fortsetzen.

DIELINKE. Gesundheit ist ein Grund- und Menschenrecht. Anspruch linker Gesundheitspolitik ist es, allen Menschen in Deutschland unabhängig von der Größe des Geldbeutels eine hochwertige Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Jegliche (auch die stille) Rationierung und die Priorisierung medizinischer Leistungen verschärfen die bestehende gesundheitliche Ungleichheit. Stattdessen macht DIE LINKE Vorschläge, wie die notwendigen Mittel für eine gute Versorgung gerecht erhoben werden können. In den letzten 30 Jahren ist der Anteil der GKV-Ausgaben am Brutto-Inlandsprodukt weitgehend konstant geblieben. Die relativ kleinen Schwankungen sind zuvorderst auf konjunkturelle Gegebenheiten zurückzuführen, nicht vor allem auf medizinischen Fortschritt oder die demografische Entwicklung. Dass die Krankenkassen tendenziell unter finanziellen Druck gestellt werden, liegt an der Prioritätensetzung der letzten Bundesregierungen: Niedrigen Sozialversicherungsbeiträgen wurde fast immer Vorrang vor einer hochwertigen Gesundheitsversorgung gegeben. Grundfehler der GKV-Finanzierung sind die Beschränkung auf Löhne und Gehälter, das Nebeneinander von privater und gesetzlicher Krankenversicherung sowie die Entlastung von Besserverdienenden durch die Beitragsbemessungsgrenze. Außerdem wurde die paritätische Finanzierung durch Sonder- und Zusatzbeiträge und vielfach erhöhte Zuzahlungen ausgehöhlt. Eine unabhängige Studie hat bewiesen, dass mit einer solidarischen Bürgerversicherung nach dem Konzept

der LINKEN nicht nur eine hochwertige Versorgung auch langfristig gesichert und trotzdem die Beiträge gesenkt werden können. Allen Überlegungen, das Recht auf bestmögliche Gesundheit infrage zu stellen, erteilt DIE LINKE eine Absage.

Die SPD setzt sich für die notwendige Weiterentwicklung der dualen Gesund-

heitsfinanzierung zu einer solidarischen Bürgerversicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung ein, um in Zukunft die Finanzierung der Versorgung gerechter zu gestalten. Dies ist notwendig, da uns der demografische Wandel und der medizinisch-technische Fortschritt vor enorme Herausforderungen stellt.

Unser Modell einer Bürgerversicherung in der GKV setzt sich aus drei Beitragssäulen zusammen: Bürger-, Arbeitgeber- und Steuerbeitrag. Der Bürgerbeitrag wird auf diejenigen Einkommensanteile erhoben, die sich aus selbstständiger und unselbstständiger Tätigkeit oder Rentenbezug ergeben. Die Beitragsbemessungsgrenze wird entsprechend dem heutigen Niveau beibehalten und entsprechend dem hergebrachten Verfahren fortgeschrieben. Zusatz- und Sonderbeiträge werden abgeschafft. PKV-Versicherte - insbesondere Rentnerinnen und Rentner, die heute durch PKV-Prämien enorm belastet sind - können über ihren Wechsel in die Bürgerversicherung binnen einer festzusetzenden Frist selbstständig entscheiden.

Die Regelversorgung der GKV folgt den Kriterien der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Hieran wird auch nach Schaffung einer solidarischen Bürgerversicherung festgehalten.

Wahlprüfstein 2

Neurologische und psychiatrische Erkrankungen machen allein über 25 % aller Morbi-RSA-Krankheiten aus. Neurologische Krankheiten führen quantitativ und qualitativ zu den schwersten Behinderungen und Teilhabestörungen. Sie gehören damit zu den teuersten und versorgungsintensivsten

Erkrankungen überhaupt. Gleichzeitig haben Patienten mit Hirnschädigungen krankheitsbedingt weniger Möglichkeiten, ihre Interessen gegenüber Krankenkassen, Institutionen und auch in der politischen Öffentlichkeit zu artikulieren. Die Anzahl an Patienten mit Hirnschädigungen aufgrund

Schlaganfällen, degenerativen Krankheiten wie Parkinson oder Demenzen werden dramatisch zunehmen, das gleiche gilt für psychische Erkrankungen, die bereits jetzt kaum noch angemessen versorgt werden können.

Wie kann das Segment der neurologischen und psychiatrischen Ver-

sorgung (ein Drittel der Erkrankungen, rund ein Drittel der Kosten im Gesundheitssystem) - auch etwa im Vergleich zur Palliativversorgung oder Schmerztherapie - strukturiert und gestärkt werden?



Im Bereich der Versorgung psychisch Kranker gibt es auch nach

unserer Wahrnehmung erhebliche Versorgungsdefizite. Wir drängen deshalb auf ein gemeinsames, von Bund und Ländern unter Beteiligung aller Akteure zu entwickelndes Aktionsprogramm. Ob für den Bereich der Neurologie ähnlicher "außerordentlicher" Handlungsbedarf besteht, wird zu erörtern sein.



CDU CDU und CSU sehen die Versorgung der Menschen bei Krankheit als

Ganzes. Jede Krankheit bedeutet je nach Schwere für den Einzelnen und die Gesellschaft eine Herausforderung. Von daher setzen wir uns auch weiterhin für eine umfassende Versorgung ein. Wenn für einzelne Bereiche gesonderte Konzepte hilfreich sind, verschließen wir uns diesen nicht. Ein Beispiel ist die spezialisierte ambulante palliativmedizinische Versorgung, die die Versorgung in einem interdisziplinären Team regelt. Dagegen ist im Bereich der neurologischen und psychiatrischen Versorgung der Rahmen durch die fachärztliche Leistung und die dafür entsprechenden Regelungen gesetzt. Darüber hinaus bestehen zum Beispiel mit Verträgen zur integrierten Versorgung oder der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung Rechtsgrundlagen, um für einzelne Indikation besondere Leistungswege zu eröffnen.



Psychische und neurologische Erkrankungen gewin-Die Liberalen nen in unserem Gesund-

heitswesen immer mehr an Bedeutung. Bei den betroffenen Menschen und ihren Angehörigen führen sie zu großen Belastungen und Einschnitten der Lebensqualität. Deshalb setzt sich die FDP dafür ein, die Qualität der psychiatrischen und neurologischen Gesundheitsversorgung weiter zu entwickeln und zu verbessern.

DIELINKE. Momentan wird die ambulante psychotherapeutische Versorgung nicht ausreichend zielgerichtet erbracht. Es bleibt de facto dem Zufall überlassen, ob ein Mensch mit psychischen Problemen in die Behandlung einer ärztlichen Psychotherapeutin oder eines psychologischen Psychotherapeuten gerät. Auch die Therapierichtung hängt häufig davon ab, welcher Richtung die jeweilige Therapeutin oder der jeweilige Therapeut angehört. Für eine bestmögliche Versorgung sollte im Zuge einer grundlegenden Reform der Bedarfsplanung (Bundestag-Drs. 17/3215) auch der Bedarf an tiefenpsychologisch fundierten, psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Therapien ermittelt sowie die Therapieplätze zielgerichtet an die Patientinnen und Patienten vermittelt werden.



Neurologische und psychiatrische Erkrankungen werden in unserer älter werden-

den Gesellschaft eine wachsende Rolle spielen. Es gibt Studien, die belegen, dass psychische Störungen in Europa zur größten gesundheitspolitischen Herausforderung des 21. Jahrhunderts geworden sind. Gleichzeitig werden dramatische Missstände in der Versorgung beobachtet. Weniger als ein Drittel aller Betroffenen wird den Studien zufolge überhaupt behandelt, zumeist nicht im Einklang mit fachlichen Richtlinien. Angesichts steigender Lebenserwartung und der damit einhergehenden Zunahme von Alterserkrankungen werden konzertierte Aktionen in der klinischen Grundlagen- und der Versorgungsforschung gefordert, um Versorgung und Prävention zu verbessern und die gesundheits-ökonomische Belastung nachhaltig zu reduzieren. Die SPD unterstützt diese Forderungen. Wir werden neben ernsthaften Anstrengungen in der Forschung auch intelligente Versorgungskonzepte benötigen, um einerseits die flächendeckende Versorgung sicherzustellen, andererseits aber auch Zentren mit ausgewiesener Exzellenz aufzubauen. Hier sind vor allem die medizinischen Fachgesellschaften, KVen, Krankenhausträger und Krankenkassen gefordert, Konzepte gemeinsam zu entwickeln und vertraglich umzusetzen. Die SPD wird diese Initiativen unterstützen und - wo erforderlich - die gesetzlichen Rahmenbedingungen so anpassen, dass sie auch in die Versorgungsrealität überführt werden können.

Wahlprüfstein 3

Jährlich erleiden viele tausend Menschen aller Altersgruppen eine Hirnschädigung mit bleibenden Behinderungen. Es handelt sich um eine "stille Epidemie" von Opfern aus Haushalt, Straßenverkehr und Sport sowie neuerdings auch wieder aus Militär- und Kriegseinsatz sowie auch durch häufiger werdende chronische neurologische Krankheiten.

Wie will Ihre Partei die seit Jahren überfällige Umsetzung des SGB IX - speziell auch für Menschen mit erworbener Hirnschädigung - fördern?

Wie steht Ihre Partei im Lichte der **UN-Behindertenrechtskonvention** zur Weiterentwicklung des SGB IX in der nächsten Legislaturperiode zu einem praktisch wirksamen und justiziablen Leistungsgesetz der Rehabilitation und Teilhabe?

Wie können nach Ihrer Meinung die besonderen Belange, Rechte und Nachteilsausgleiche für Menschen mit

erworbener Hirnschädigung besser Berücksichtigung finden?



Kurzfristig müssen die noch bestehenden Widersprüche zwischen

SGB IX und den übrigen Sozialgesetzbüchern beseitigt werden. Wir wollen die gemeinsamen Servicestellen stärken und unabhängige Beratungsstellen nach dem Vorbild der unabhängigen Patientenberatung fördern. Vorhandene Hin-

16

dernisse bei der Inanspruchnahme von persönlichem Budget und Leistungen der Frühförderung müssen beseitigt werden. Langfristig wollen wir die tatsächliche Zusammenfassung der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe bei einem Träger.

Wir wollen die Schwerbehindertenvertretung zu einer Vertretung aller Beschäftigten mit Behinderungen weiterentwickeln und deren Beteiligungsrechte stärken. In großen Betrieben und Dienststellen muss die Ausstattung dieser Mitarbeitervertretungen sowie die Regelung zur Freistellung verbessert werden. Wir werden prüfen, inwieweit eine Ausdehnung der Schutzregelungen für schwerbehinderte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch auf Beschäftigte mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50 notwendig und sinnvoll ist.



CDU und CSU sind die Probleme der Menschen bekannt, die nach einem

Unfall im Straßenverkehr, am Arbeitsplatz, im Haushalt oder bei Spiel und Sport, durch einen Schlaganfall, ein Aneurysma, den Folgen eines operativen Eingriffes oder aus Militär- und Kriegseinsätzen ihr weiteres Leben mit Beeinträchtigungen des zentralen Nervensystems fortsetzen müssen. Das Rehabilitations- und Schwerbehindertenrecht ist als Neuntes Buch im Sozialgesetzbuch verankert. Mit dem SGB IX hat die Politik einen wichtigen Meilenstein in der behindertenpolitischen Gesetzgebung markiert und einen Paradigmenwechsel eingeläutet. Der Mensch steht mit seiner Behinderung und seinen individuellen Bedürfnissen im Mittelpunkt. Es soll nicht mehr allein der Bedarf betrachtet werden. Im Zentrum stehen die Fähigkeiten. Die Orientierung liegt auf der Chancengerechtigkeit. Aus der Sicht von CDU und CSU lautet die Frage nicht, was am Gesetz geändert werden muss, damit die betroffenen Menschen effizient und schnell ihre Hilfen erhalten. Wir brauchen vielmehr eine klare Antwort darauf, was in der Praxis geändert werden kann, damit die Umsetzungsdefizite abgebaut werden. Das betrifft das persönliche Budget, die Frühförderung von Kindern mit Behinderung und die Arbeit und Struktur der

gemeinsamen Servicestellen. Aus unserer Sicht ist die Idee der gemeinsamen Servicestellen - einer trägerübergreifenden und unabhängigen Beratung aus einer Hand – der optimale Weg, um die Rehabilitation zu steuern.



Die FDP setzt sich für eine Weiterentwicklung des SGB Die Liberalen IX ein. So muss zum Beispiel

die Inanspruchnahme des persönlichen Budgets ausgeweitet sowie die Arbeit der gemeinsamen Servicestellen verbessert werden. Über die konkreten Maßnahmen sollte jedoch erst nach Vorliegen der laufenden wissenschaftlichen Evaluation entschieden werden. Wir Liberale werden uns dafür einsetzen, den bereits bestehenden inklusiven Ansatz im SGB IX weiterzuentwickeln. Darüber hinaus sollen die jetzigen Regelungen zur Eingliederungshilfe in der nächsten Legislaturperiode durch ein Bundesleistungsgesetz ersetzt werden. Die FDP will die Leistungen für Menschen mit Behinderungen zusammenfassen und personenbezogen ausgestalten. Das persönliche Budget soll ausgeweitet und insbesondere durch Pauschalierung vereinfacht werden. Leistungen, die die Nachteile der Behinderung ausgleichen (Nachteilsausgleich), sollen einkommensunabhängig gewährt werden. Leistungen zum Lebensunterhalt hingegen werden, wie bei jedem anderen Leistungsempfänger auch, nach Bedürftigkeit gezahlt.

DIE LINKE. DIE LINKE fordert in ihrem

Antrag für ein Teilhabesicherungsgesetz (BT-Drs. 17/7889) einkommensund vermögensunabhängige Leistungen, um Menschen mit Behinderungen gemäß der UN-Behindertenrechtskonvention die volle Teilhabe am gesamtgesellschaftlichen Leben zu garantieren. Die zentrale Forderung in diesem Zusammenhang lautet, den Anspruch auf bedarfsgerechte, einkommens- und vermögensunabhängige persönliche Assistenz in jeder Lebenslage und -phase sowie in jedem gesellschaftlichen Bereich festzuschreiben. Teilhabeleistungen können sich aus einer Pauschale und/oder Personal- und Sachkosten (z. B. Hilfsmittel) zusammensetzen. Die

gesetzliche Verankerung der Regelungen des Teilhabesicherungsgesetzes sollte im SGB IX erfolgen. Die Normen zur Eingliederungshilfe sind dazu aus dem SGB XII herauszulösen, den modernen Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention anzupassen und ins SGB IX zu überführen. Das Teilhabesicherungsgesetz soll durch die Versorgungsämter oder neu zu schaffende Teilhabeämter ausgeführt werden. Diese sollen die Ansprüche und Bedarfe nach bundesweit einheitlichen Kriterien feststellen sowie die Leistungen aus einer Hand gewähren. Eine reibungslose und personenorientierte Leistungserbringung bedarf einer flächendeckenden, sozial und inklusiv ausgestalteten Infrastruktur. Bestehende Strukturen und Leistungen werden in diesem Sinne weiter ausgebaut. Eine unabhängige Beratung muss Teil des Anspruchs sein.

DIE LINKE fordert den Behinderungsbegriff im SGB IX sowie im Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) gemäß den Kriterien der "Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" (ICF), der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Artikel 1 Satz 2 der UN-Behindertenrechtskonvention neu zu fassen. Unstrittig ist natürlich, dass auch die von ihnen vertretene Personengruppe alle Nachteilsausgleiche erhalten muss, um deren volle Teilhabe zu gewährleisten. Wir glauben, dass dies durch die Anpassung des SGB IX an die rechtsverbindliche UN-Behindertenrechtskonvention und in diesem Zusammenhang die Verankerung einkommens- und vermögensunabhängiger Teilhabeleistungen gewährleistet wird. Auch sind die Mitbestimmungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen zu verbessern und entsprechend die Informations-, Initiativ-, Beteiligungs- und Mitbestimmungsrechte von Betriebsräten und Schwerbehindertenvertretungen (SBV) zu erweitern sowie für Werkstatträte sofort einzuführen. Für SBV ist ein Stimmrecht in den Angelegenheiten, die besonders Menschen mit Behinderungen betreffen, im Betriebsverfassungsgesetz, Personalvertretungsgesetz und im SGB IX zu verankern. Auch fordert

DIE LINKE die Festschreibung eines wirksamen Verbandsklagerechts im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) und im SGB IX (BT-Drs. 17/9758).



Für uns steht fest, dass das SGB IX in seiner Stellung im System der Rehabilitati-

on weiterhin eine zentrale Position einnimmt und entsprechend der UN-Behindertenrechtskonvention weiterentwickelt werden muss. Die SPD hat sich deshalb im Regierungsprogramm zur Bundestagswahl 2013 darauf festgelegt, dass sie ein Bundesleistungsgesetz schaffen will, welches die Eingliederungshilfe in ihrer bisherigen Form ablösen wird. Ob diese neu zu gestaltende Leistungskomponente für selbstbestimmte Teilhabe in das SGB IX integriert werden kann oder anderweitig eigenständig geregelt wird, ist Gegenstand der noch ausstehenden fachlichen Debatte und der Verhandlungen mit den Bundesländern und Kommunen. Eine Verankerung im SGB IX

wäre sicherlich als Stärkung der Prinzipien desselben zu verstehen. Wobei auch dann die Leistungsträger weiterhin die Länder und Kommunen blieben.

Das Schwerbehindertenrecht im SGB IX muss den Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention gerecht und entsprechend überprüft und gegebenenfalls geändert werden. Das Schwerbehindertenrecht im SGB IX regelt aktuell unter anderem die Teilhabe von schwerbehinderten und gleichgestellten Menschen im Arbeitsleben. Die SPD hat das Ziel, das Schwerbehindertenrecht inklusionsgerecht so weiter zu entwickeln, dass Menschen mit Behinderung generell in den Genuss von Nachteilsausgleichen kommen und nicht aufgrund der Schwere ihrer Behinderung diskriminiert oder bevorzugt werden.

Menschen mit erworbener Hirnschädigung haben nicht automatisch einen Grad der Behinderung, der ihnen nach jetziger Gesetzeslage eine Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben garantiert.

Das wollen wir ändern. Die SPD-Bundestagsfraktion hat in ihrem Bundestagsantrag (Drs. 17/9931) gefordert, dass die Ausweitung der Behindertenrechte und des UN-Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vollständig in deutsches Recht umgesetzt werden muss und § 69 Absatz 1 Satz 6 SGB IX wie folgt zu ändern ist: "Eine Feststellung ist zu treffen, wenn ein Grad der Behinderung von wenigstens 10 vorliegt." Denn schon ein geringer Grad der Behinderung kann im Arbeitsleben zu Einschränkungen führen und damit Teilhabe verhindern.

Weiterhin ist es uns ein Anliegen, dass die Betroffenen in die Angelegenheiten, die im zweiten Teil des SGB IX geregelt sind, verstärkt einbezogen werden. Das heißt für uns, dass die Wahlfreiheit der Beschäftigungsform (Werkstatt, Integrationsprojekt, allgemeiner Arbeitsmarkt) und die Wahlfreiheit bezüglich der Wohnform hergestellt werden müssen.

Wahlprüfstein 4

In Deutschland leben über 800.000 Menschen mit einer relevanten erworbenen Hirnschädigung, die nur regellos versorgt sind, sowie Millionen indirekt betroffene Angehörige.

Wie steht Ihre Partei zu der Einführung eines eigenen teilhaberechtlichen Status MeH (Menschen mit erworbener Hirnschädigung) einschließlich des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs "erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz"?

Welche Einflussmöglichkeiten will Ihre Partei nutzen, die Aufsichts- und Gestaltungsgremien in der Selbstverwaltung der Sozialversicherungen, die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbank und die beteiligten Leistungserbringer auf die besonderen störungsbildspezifischen Versorgungsbelange der Menschen mit erworbener Hirnschädigung und ihrer Angehörigen hinzuweisen?



Unsere Erfahrung zeigt, dass die Ursache einer Beeinträchtigung be-

ziehungsweise Behinderung nur wenig über Umfang und Art der tatsächlichen Einschränkung der Teilhabemöglichkeiten aussagt. Da die jetzigen Angaben zum Behindertenstatus in den Schwerbehindertenausweisen oder Feststellungsbescheiden zudem kaum leistungsrechtliche Konsequenzen haben, stehen wir der Schaffung neuer Kategorien beziehungsweise Merkzeichen skeptisch gegenüber. Die bestehenden Versorgungsmängel können durch andere Maßnahmen besser beseitigt werden. Notwendig sind hier zum einen die bereits genannten Änderungen der Rechtslage und zum anderen Weiterbildungen für die Mitarbeiterrinnen und Mitarbeiter der zuständigen Stellen. Die Situation schädelhirnverletzter Menschen muss bei der Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs berücksichtigt werden.

Grundsätzlich obliegt es den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung, die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Versorgung zu ge-

währleisten. Der Versuch einer direkten Einflussnahme von Parteien und Fraktionen auf die Selbstverwaltung würde von diesen zu Recht zurückgewiesen. Im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages stehen einzelne Indikationen und Versorgungsbereiche nur in Ausnahmefällen auf der Tagesordnung. Auslöser dafür können zum Beispiel der rasch steigende Verbreitungsgrad einer Krankheit und/oder besondere Versorgungsprobleme sein, zu denen deshalb das Gespräch mit der Selbstverwaltung gesucht wird. Sollte sich herausstellen, dass die Verbreitung der ambulanten neuropsychologischen Therapie dauerhaft nicht vorankommt, wäre zu prüfen, ob ein solcher besonderer Gesprächsbedarf besteht. Im Übrigen haben Sie als Zusammenschluss namhafter Fach- und Selbsthilfeorganisationen auch die Möglichkeit, sich direkt an die rund 100 Patientenvertreterinnen und -vertreter im G-BA zu wenden. Deren Aufgabe besteht unter anderem darin, den "Finger in die Wunde

21 NEUROTRANSMITTER 2013: Sonderheft 1

zu legen" und Versorgungslücken zu thematisieren. 2003 haben wir gemeinsam mit der SPD die Patientenvertretung im G-BA eingeführt, deren Rechte wir weiter ausbauen wollen.

CDU CDU und CSU wollen eine neue, differenziertere Definition der Pflegebedürftigkeit, die auf den Grad der Selbstständigkeit und nicht ausschließlich auf verrichtungsbezogene Bedarfe abstellt. Denn wir sehen, dass der bestehende Hilfe- und Betreuungsbedarf nach den bisherigen Regelungen oftmals nicht ausreichend bei der Begutachtung erfasst wird. Bereits im Vorgriff auf eine neue Begutachtung und Einstufung nach dem überarbeiteten Pflegebedürftigkeitsbegriff haben wir deshalb mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige geschaffen, die zu Hause betreut werden. So erhalten Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz seit 2013 zusätzlich zum Betreuungsgeld erstmals auch in der sogenannten Pflegestufe 0 ambulante Sachleistungen oder Pflegegeld und in den Pflegestufen I und II entsprechende Aufschläge.

Wir setzen auf die Bereitschaft zur Verantwortung und darauf, dass die Beteiligten in der Selbstverwaltung unseres Gesundheitssystems als Partner handeln und gemeinsam tragfähige Lösungen finden und umsetzen. Wir wollen überprüfen, wo und wie Strukturen, Verfahren und Organisationsformen in der Selbstverwaltung als Verantwortungsgemeinschaft weiterentwickelt werden können, um die Akzeptanz der Institutionen und die Sachbezogenheit der Entscheidungen weiter zu erhöhen. Dazu gehört auch die Bewusstseinsbildung für die spezifischen Belange der Menschen mit erworbener Hirnschädigung und ihrer Angehörigen. Denn nur eine durch transparente und nachvollziehbare Entscheidungen legitimierte Selbstverwaltung hat Akzeptanz bei den Betroffenen und kann somit ihre Funktion im Gesundheitswesen erfüllen. Die Alternative dazu wäre eine durch Verordnungen und staatliche Bürokratie gesteuerte Staats- und Zuteilungsmedizin, die letztlich zulasten der Patienten ginge.

Bei der Einführung der sozialen Pflegeversicherung war Die Liberalen es ein Fehler, die Pflegebe-

dürftigkeit einzig an körperlichen Defiziten zu messen. Kognitive Schwächen wie die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz wurden gar nicht berücksichtigt. Deshalb ist grundsätzlich ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff notwendig. Der eigens dazu einberufene Expertenbeirat hat in diesem Sommer seinen Abschlussbericht vorgelegt. Die FDP wird sich dafür einsetzen, die darin unterbreiteten Vorschläge - auch zur erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz - schnellstmöglich umzusetzen.

DIE LINKE. Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und damit einhergehend eines umfassenden teilhabeorientierten Pflegebegriffs ist überfällig. Der derzeitige enge, verrichtungsbezogene Pflegebegriff, welcher der Pflegeversicherung zugrunde liegt, ist zu überwinden. Der geltende Pflegebegriff wird weder pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen noch den Alltagserfordernissen der Betroffenen (und ihrer Angehörigen) gerecht. Er bezieht sich einseitig auf die alltäglichen Verrichtungen; der allgemeine Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung sowie die Kommunikation werden nicht berücksichtigt. Pflege muss sich an den Menschen in ihrer jeweiligen Gesamtheit und damit am Grad ihrer individuellen Selbstständigkeit und individuellen Ressourcen orientieren und nicht an ihren jeweiligen Defiziten sowie am Zeitfaktor der alltäglichen Verrichtungen. Der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs legte Anfang des Jahres 2009 einen Vorschlag vor, der geeignet ist, diesen Paradigmenwechsel in der Pflege vorzunehmen. Doch die von der Bundesregierung vorgelegten Verbesserungen für Menschen mit Demenzerkrankungen können kaum als Tropfen auf den heißen Stein bezeichnet werden. Wir werden deshalb alles tun, um im Parlament, aber auch außerparlamentarisch auf einen Paradigmenwechsel hinzuwirken und haben auch in der laufenden Legislaturperiode die nötigen Gesetzesänderungen eingefordert

(vergleiche Anträge der Linksfraktion "Pflege tatsächlich neu ausrichten – Ein Leben in Würde ermöglichen", Bundestag-Drs. 17/9393, "Teilhabesicherungsvorlegen", Bundestag-Drs. 17/7889). Dabei ist es nicht zielführend, einzelne chronische Erkrankungen und/oder Behinderungen besser zu stellen als andere. Allen Menschen muss ungeachtet von Krankheit, Behinderung, Alter, Geschlecht etc. eine volle Teilhabe an der Gesellschaft ermöglicht werden. Dabei darf der individuelle Geldbeutel nicht ausschlaggebend sein. DIE LINKE steht dabei zu der Umsetzung der seit 2009 rechtsverbindlichen UN-Behindertenrechtskonvention und hat das fehlende Engagement der Bundesregierung immer wieder scharf kritisiert.



Die SPD spricht sich für eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Dazu gehört auch die Einführung eines neuen Pflegebegriffes. Diese Forderung ist in unserem Wahlprogramm enthalten. Die SPD-Bundestagsfraktion hat zudem einen umfangreichen Antrag (Drs. 17/9977) mit Reformvorschlägen in den Bundestag eingebracht. Darüber hinaus wird sich die Politik intensiv mit den Vorschlägen eines Expertenbeirates beschäftigen müssen, der ebenfalls Vorschläge zur Reform der Pflegeversicherung erarbeiten sollte. Die aus allen Bereichen der Pflege kommenden Experten haben sehr detailliert, teilweise auch streitig über die zukünftigen Änderungen diskutiert.

Sowohl die stationäre als auch die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten mit neurologischen Schädigungen ist auf einem guten Weg und wird von uns aufmerksam begleitet. Mit Blick auf eine Weiterentwicklung der Versorgung in naher Zukunft ist es unser erklärtes Ziel, für eine Stärkung der Versorgungsqualität in allen Leistungsbereichen zu sorgen. Um Patientinnen und Patienten einen passgenauen Zugang zu medizinischen Leistungen zu ermöglichen, die auch in Einklang mit ihrem Alltag gebracht werden können, setzen wir verstärkt auf ambulante und wohnortnahe Strukturen.

22

Wahlprüfstein 5

Wie steht Ihre Partei dazu, für betroffene Menschen mit erworbener Hirnschädigung ein neutrales einheitliches System der Fallsteuerung mit Budgetverantwortung und der durchgängigen Rehabilitation und Nachsorge, in Weiterentwicklung des in der gesetzlichen Unfallversicherung praktizierten Systems, auch bei den übrigen gesetzlichen Rehabilitationsträgern nach SGB V und VI zu entwickeln?



Das Reha-Management der gesetzlichen Unfallversicherung könnte

Vorbildfunktion etwa auch für die gesetzlichen Krankenkassen haben. Allerdings haben diese aktuell keine finanziellen Anreize, in die Rehabilitation ihrer Versicherten zu investieren. Denn für mögliche Folgekosten durch Pflegebedürftigkeit sind die Pflegeversicherung und gegebenenfalls die Sozialhilfeträger zuständig. An diesem Anreizproblem würde auch ein eigenständiges System der Fallsteuerung wenig ändern. Denn dessen Finanzierung müsste durch die Sozialversicherungsträger erfolgen. Auf die Agenda gehört deshalb eine verbesserte Abstimmung insbesondere zwischen der Kranken- und der Pflegeversicherung. Dies könnte durch eine (teilweise) Integration der beiden Sozialversicherungssysteme, aber auch durch finanzielle Ausgleichszahlungen zwischen beiden Systemen geschehen. In der nächsten Wahlperiode ist dazu ein Diskussionsprozess zu organisieren.



CDU Nach Auffassung von CDU und CSU soll das Recht der Rehabilitation

im SGB IX so weiterentwickelt werden. dass das selbstbestimmte Leben von Menschen mit Behinderung maßgeblich durch eine umfassende Anwendung des persönlichen Budgets verstärkt werden soll. Dazu muss ein Umdenken bei den Leistungsträgern für mehr vernetztes Arbeiten erfolgen.



Die gesetzliche Unfallversicherung leistet bei Rehabilitationsmaßnahmen effektive

und gute Arbeit. Weil erfolgreiche Sys-

teme für die FDP immer Vorbildcharakter haben, sollten bei der Weiterentwicklung der Rehabilitationsmaßnahmen nach SGB V und VI diese Erfahrungen berücksichtigt werden.

DIE LINKE. Wir sehen Nachsorge und Rehabilitation vorrangig als Hilfe für kranke Menschen, nur in zweiter Linie als Kostenfaktor. Fallpauschalen oder eine Fallsteuerung allein zur Kostensenkung haben vor allem die Leistungsmenge im Blick und sind dadurch oft hinderlich zur Verbesserung der Versorgung. Wir brauchen dringend ein System, in dem nicht nur die Menge, sondern gute Qualität bezahlt wird und unterschiedliche Anforderungen vor allem in ländlichen Räumen und großen Städten berücksichtigt werden. Selbstverständlich müssen Kosten und Nutzen in einem Solidarsystem in einem vernünftigen Verhältnis zueinander stehen, denn verschwendete Beiträge sind keine Privatangelegenheit. Deshalb setzt sich DIE LINKE für evidenzbasierte Leitlinien ein.

Die Gesundheits- und Pflegeversorgung verstehen wir als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und damit als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Diese soll gerecht und solidarisch, effektiv und menschenwürdig sein und sich an den individuellen Bedürfnissen ausrichten. Die wichtigste Herausforderung für die nächsten Jahre ist die Sicherstellung einer hochwertigen und zuzahlungsfreien Gesundheitsversorgung durch eine solide und gerechte Finanzierung. Die solidarische Gesundheitsversicherung ist daher das zentrale gesundheitspolitische Projekt der LINKEN. Alle Menschen in Deutschland zahlen nach ihren Möglichkeiten ein und erhalten eine Versorgung nach dem aktuellen Stand des Wissens. Das unsinnige Nebeneinander von privater und gesetzlicher Krankenversicherung wollen wir beenden, indem die private Krankenversicherung auf Zusatzversicherungen beschränkt wird.



Das bessere Versorgungsniveau der gesetzlichen Unfallversicherung im Bereich

der Rehabilitation und der Nachsorge gegenüber den entsprechenden Leistungen der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung erklärt sich auch aus dem zentralen Ziel dieser Sozialversicherung: "Nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten (ist) die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen" (§ 1 SGB VII). Im Gegensatz dazu sind bei Maßnahmen der Renten- und Krankenversicherung auch die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit zu beachten, so dass ein hohes Maß an Wahrscheinlichkeit bestehen muss, dass die entsprechenden Rehabilitationsmaßnahmen zum angestrebten Erfolg führen. Allerdings ist es richtig, dass die Zweige der Sozialversicherungen voneinander lernen müssen.

Anzeige

Hier steht eine Anzeige.



Dazu gehört insbesondere auch, dass Erfolge in der medizinischen Versorgung, die sich durch ein effizienteres Fallmanagement ergeben, in allen Zweigen der Sozialversicherung erreicht werden sollten. Die SPD setzt sich dafür ein, dass

sowohl die zuständigen Fachressorts als auch die Selbstverwaltung sich dieser Fragen annehmen müssen.

Wahlprüfstein 6

Wie steht Ihre Partei zur schulischen, universitären und beruflichen Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit erworbener Hirnschädigung? Welche Maßnahmen zu einer Aufstockung der personellen, strukturellen und Sachmittelressourcen hält ihre Partei für notwendig und wird diese unterstützen?



Ein inklusives Bildungssystem von der Krippe bis zur Hoch-

schule und ein inklusiv gestalteter Arbeitsmarkt sind zwei der wesentlichen Elemente zur Verwirklichung umfassender Teilhabe. Die Hauptverantwortung hierfür liegt bei den Ländern beziehungsweise Arbeitgebern. Wir sind jedoch bereit, diese bei der Verwirklichung des Ziels zu unterstützen. Unter anderem deswegen fordern wir die Aufhebung des grundgesetzlich verankerten Kooperationsverbots zwischen Bund und Ländern in der Bildung. Die Teilhabe am Arbeitsleben muss zum einen durch den gezielteren Einsatz der bereits im System befindlichen Mittel verbessert werden. Zum anderen werden wir mit dem Teilhabeleistungsgesetz die Leistungsansprüche bei einer schulischen oder universitären Ausoder Weiterbildung verbessern und mit dem "Budget für Arbeit" Alternativen zur Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen ermöglichen.



Für CDU und CSU haben das Wohl des Kindes und das Elternrecht oberste

Priorität. Das Schicksal von hirngeschädigten Kindern liegt uns besonders am Herzen. Sie bedürfen individueller Förderung. Daher sollte aus Sicht von CDU und CSU die stärkere Einbeziehung behinderter Kinder in den Regelunterricht dem Ansatz "So viel Integration wie möglich - so viel separate Förderung wie nötig" folgen.



Wir verstehen unter Inklusion die Forderung, das Individuum, mit all seinen Ei-

genheiten, Fähigkeiten, Problemen und Defiziten in den Mittelpunkt der gesellschaftlichen Betrachtung zu rücken. Dies bedeutet letztlich, dass wir - auch mit Blick auf Kinder und Jugendliche mit erworbener Hirnschädigung - keine unreflektierte Sonderung vornehmen würden. Vielmehr wäre es an den Betroffenen, der Bildungseinrichtung und gegebenenfalls entsprechenden Sachverständigen darüber zu befinden, wie eine sinnvolle individuelle Förderung erfolgen kann. Für uns steht fest, dass wir differenzierte Angebote und flexible Handlungsansätze benötigen, da Einheitskonzepte und -institutionen den Bedürfnissen sehr unterschiedlicher Menschen nur selten gerecht werden können.

Die FDP hat dazu beigetragen, dass die Bundesinvestitionen für Bildung und Forschung auf die Rekordhöhe von über 14 Milliarden Euro gesteigert worden sind. Mittlerweile liegt das Ausgabenniveau für diesen Zukunftsbereich um 40% über dem Stand zur Zeit der letzten rot-grünen Regierung. Wir werden auch künftig diesen Weg beschreiten und setzen uns dafür ein, dass auch auf Länderebene und in den Kommunen ähnlich verfahren wird. Im Zeitraum von 2010 bis 2016 hat der Bund Länder und Gemeinden um 62 Milliarden Euro entlastet. Dieser deutlich gestiegene finanzielle Handlungsspielraum muss nun auch von den zuständigen Akteuren sinnvoll für den Ausbau der Bildungsinfrastruktur genutzt werden. Länder und Kommunen stehen in der Verantwortung. Sie müssen der ihnen vom Grundgesetz überantworteten Kernaufgabe "Bildung" gerecht werden.

DIE LINKE. DIE LINKE will das grundgegrundgesetzliche Verbot der Bildungszusammenarbeit zwischen Bund und Ländern

(Kooperationsverbot) ohne Einschränkungen aufheben. Die Gemeinschaftsaufgabe Bildung soll grundgesetzlich verankert werden (vergleiche Antrag "Gemeinsam lernen - Inklusion in der Bildung endlich umsetzen"/BT-Drs: 17/11143). Nur, wenn auch der Bund seine Verantwortung für die Herstellung von Chancengleichheit im Bildungssystem wahrnimmt, kann es im deutschen Bildungssystem einen Paradigmenwechsel in Richtung Inklusion geben. Darüber hinaus fordert DIE LINKE ein umfassendes Gesetzesscreening, um alle Gesetze und Verordnungen auf Bundesund Landesebene an inklusive Bildungsmaßstäbe anzupassen.

Inklusion gelingt nur, wenn alle Barrieren (bauliche, kommunikative, administrative oder in den Köpfen) umfassend beseitigt werden. Deshalb fordert DIE LINKE ein Investitionsprogramm "inklusive Bildung", um bestehende Bildungseinrichtungen schnellstmöglich barrierefrei umzugestalten. Dabei geht es um umfassende Barrierefreiheit, also auch um Verkehrswegeplanung, öffentlichen Nahverkehr sowie barrierefreie Kommunikation und Beratungsleistungen - unabhängig von der Behinderungsart.

DIE LINKE fordert, dass die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in allen Lebensbereichen inklusiv ausgerichtet wird. Dies ist im SGB VIII mit Rechtsanspruchscharakter anzusiedeln in Verbindung mit dem im SGB IX festzuschreibenden Anspruch auf bedarfsgerechte, einkommens- und vermögensunabhängige persönliche Assistenz und Hilfsmittel - auch über den ersten berufsqualifizierenden Abschluss hinaus (BT-Drs. 17/7889). Darüber hinaus werden eine Qualitätsoffensive für inklusive Bildung in der Aus- und Weiterbildung von Lehrenden in allen Bereichen sowie die Ausarbeitung vergleichbarer Standards für eine inklusive Schule gemeinsam mit allen Beteiligten

(Schülern, Eltern, Behindertenverbänden, Gewerkschaften, der Wissenschaft etc.) benötigt.

DIE LINKE fordert, einen Rechtsanspruch des Kindes auf ganztägige und gebührenfreie inklusive Betreuung in Kindertageseinrichtungen, unabhängig vom sozialen Status der Eltern bundesgesetzlich festzuschreiben und dafür vergleichbare Mindestqualitätsstandards zu erarbeiten. Es müssen wirksame Nachteilsausgleiche für Studierende mit Behinderungen geschaffen sowie Mehrbedarfe für behinderungsbedingte Ausgaben berücksichtigt und vom BAföG abgedeckt werden. Bei der beruflichen Inklusion muss die Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Vorrang haben, hierfür bedarf es umfangreicher Maßnahmen und Veränderungen (Antrag "Gute Arbeit für Menschen mit Behinderung", BT-Drs. 17/9758): Schaffung von Rahmenbedingungen für

eine inklusive Arbeitswelt, Anhebung der Beschäftigungsquote und Ausgleichsabgabe, Förderungen langfristig und trägerübergreifend ausgestalten, einheitliche und kompetente Beratung und Vermittlung durch die Bundesagentur für Arbeit. Wem die Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt nicht zu ermöglichen ist oder bei eigenem Wunsch, müssen andere Angebote wie beispielsweise ein Platz in einer Werkstatt für behinderte Menschen geprüft werden. Die Übergänge sind flexibel zu gestalten und ein Rückkehrrecht ohne Verlust der erworbenen Ansprüche ist zu gewährleisten. Die Unterscheidung in "werkstattfähig" und "nicht werkstattfähig" muss aufgehoben und eine tarifliche Entlohnung gewährt werden.



Wir arbeiten an der Verwirklichung einer inklusiven Gesellschaft. Menschen

mit Behinderungen aller Altersklassen benötigen die für sie notwendige Versorgung, die nach ihren spezifischen Erfordernissen weiterzuentwickeln ist. Wir haben in unserem Antrag "UN-Konvention jetzt umsetzen - Chancen für eine inklusive Gesellschaft nutzen" (BT-Drs. 17/7942) einen umfassenden Maßnahmenkatalog vorgelegt, den wir nach unserer Regierungsübernahme umsetzen werden. Der Antrag geht dezidiert auf Fragen des selbstbestimmten Lebens mit Behinderung und chronischer Erkrankung, der Assistenz oder Mobilität sowie auf die Herausforderungen im Arbeitsleben, der beruflichen Rehabilitation und sozialen Sicherung

Sie finden unseren Antrag "UN-Konvention jetzt umsetzen - Chancen für eine inklusive Gesellschaft nutzen" (BT-Drs.: 17/7942) unter folgendem Link: http://bit.ly/17e9QPg.

Wahlprüfstein 7

Es gibt zunehmend mehr Kliniken, in denen hohe Renditeerwartungen von Krankenhausträgern zulasten der neurologischen Patientenversorgung und zulasten der Arbeitsbedingungen für medizinisches Personal in der Neurologie gehen. Geknüpft an Bonusverträge von leitenden Kaufleuten und Ärzten, werden Planungshorizonte immer kürzer, meist überschreiten sie nicht einmal ein Jahr. Langfristige Planungen mit inhaltlichen, patientennahen Konzepten werden dadurch erschwert. Vor allem seltene, komplexe Erkrankungen, die im DRG-System nur ungenügend abgebildet werden, sind häufig auch nicht mehr Teil des Leistungsspektrums von Maximalversorgern.

Haben Sie politische Konzepte, wie Renditeorientierung und Kurzfristigkeit der strategischen Planung in Krankenhäusern begrenzt werden kann?



Der von Ihnen geschilderten Kurzfristperspektive lässt sich nach-

haltig nur mit einer stärkeren Anbindung der Krankenhausvergütung an die

Ergebnisqualität begegnen. Eine bessere medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung, eine intensivere Vorbereitung der Patientinnen und Patienten auf die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt und ihre Befähigung zu einem gesundheitskompetenten Verhalten müssen sich für die Krankenhäuser lohnen. Dabei ist ein besonderes Augenmerk auf die langfristige Ergebnisqualität zu legen. In die Vergütung sollte auch der Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt eingehen.



CDU Die Sicherung einer wohnortnahen medizini-

Versorgung vor allem in ländlichen Regionen, aber auch in strukturschwächeren Stadtteilen, ist für CDU und CSU ein besonderes Anliegen. Daher werden wir zukünftig die Krankenhausstruktur insgesamt in den Fokus unserer Betrachtung stellen. Die Leistungsangebote müssen aufeinander abgestimmt werden, um sicherzustellen, dass auch zukünftig jeder Bürger die Leistungen, die er benötigt, in der gebotenen Qualität in

zumutbarer Entfernung von seinem Wohnort erhält. Fehlanreize durch nicht morbiditätsbedingte Mengenausweitung sind zu vermeiden. Angesichts der seit Jahren kontinuierlich rückläufigen Investitionsmittel der Bundesländer ist auch die bestehende Trennung zwischen Betriebs- und Investitionskostenfinanzierung auf ihre Zukunftstauglichkeit hin zu überprüfen. In diesem Zusammenhang ist dann allerdings auch über neue Formen der Bedarfsplanung und Verantwortung in der Versorgungssteuerung zu diskutieren.



Eine hochwertige Krankenhausversorgung, auch bei Die Liberalen seltenen und komplexen Er-

krankungen, setzt voraus, dass den Krankenhäusern ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, um die notwendigen Investitionen zu tätigen und attraktive Arbeitsbedingungen für gut ausgebildete und motivierte Mitarbeiter zu schaffen. Die Regierungskoalition hat kurzfristig wirksame Finanzhilfen für die Krankenhäuser auf den Weg gebracht, die die Krankenhäuser in den Jahren 2013 und 2014 um

26

insgesamt rund 1,1 Milliarden Euro entlasten. Neben den kurzfristigen Finanzhilfen brauchen wir in der mittleren Perspektive strukturelle Reformen. In diesem Zusammenhang werden auch die besonderen Belastungen von Krankenhäusern durch Behandlungsfälle mit erheblicher Kostenunterdeckung, die wirtschaftlich für ein Krankenhaus nicht zu verkraften sind, zu diskutieren und Lösungen für eine sachgerechte Vergütung zu entwickeln sein. Um hier zügig voranzukommen, haben wir gleichzeitig mit der Verabschiedung der kurzfristigen Finanzhilfen die Selbstverwaltungspartner auch beauftragt, einen Prüf- und Entwicklungsauftrag an das DRG-Institut zur systematischen Prüfung der Belastungen von Krankenhäusern mit Kostenausreißern zu vergeben. Die weiteren politischen Entscheidungen müssen dann auf der Grundlage der Ergebnisse dieses Auftrags getroffen werden.

DIE LINKE DIE LINKE hat die zunehmende Privatisierung der Krankenhauslandschaft immer kritisiert und fordert eine Rekommunalisierung. Insbesondere wenden wir uns auch gegen die Privatisierung von Uni-Kliniken, da hier letztlich neben hochspezialisierten Behandlungen auch die Forschung und Lehre mit privatisiert wird. DIE LINKE sieht marktwirtschaftliche Anreize im Gesundheitswesen grundsätzlich kritisch. Gesundheit im umfassenden Sinne ist ein Grund- und Menschenrecht und wichtiger Teil der Daseinsvorsorge. Daher wenden wir uns gegen die Privatisierung und

Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung, denn diese wirken immer zulasten der Patientinnen und Patienten. Stattdessen muss die Versorgungsqualität im Mittelpunkt stehen und damit die Patientinnen und Patienten. Grundsätzlich sehen wir den Wettbewerb nicht als geeignetes Mittel, um eine effiziente und umfassende Versorgung zu gewährleisten und erst recht ist er kein Mittel, um gute Arbeitsplätze an den Krankenhäusern bereitzustellen. DIE LINKE sieht die DRGs als Finanzierungsinstrument kritisch, weil die erwarteten positiven Effekte ausgeblieben, aber einige der befürchteten negativen Effekte eingetreten sind.

DIE LINKE fordert, die Finanzierung des Gesundheitssystems so zu gestalten, dass die Versorgung am medizinischen Bedarf der Patientinnen und Patienten orientiert ist. Das Fallpauschalenystem, das vorzeitige Entlassungen und die Nichtaufnahme wirtschaftlich uninteressanter Fälle fördert, ist unvereinbar mit Sinn und Zweck von Einrichtungen der Daseinsvorsorge. Es wird unsere Aufgabe in der nächsten Wahlperiode sein, Alternativen zu den DRGs zu entwickeln. Die Linksfraktion hat als einzige Fraktion auch die analoge PEPP-Einführung in psychiatrischen Kliniken kritisiert. Denn gerade psychiatrische Behandlungen können nicht pauschaliert werden, vor allem nicht in Bezug auf die Verweildauer. Es wird auch unsere Aufgabe in der nächsten Wahlperiode sein, Alternativen zu PEPP/DRGs zu entwickeln, damit Ärztinnen und Ärzte sich ohne wirtschaftlichen Druck der guten Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten widmen können.



Krankenhäuser brauchen eine leistungsgerechte und planbare Finanzierung. Die

SPD-Bundestagsfraktion hat ein umfassendes Konzept zur Krankenhausreform und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege vorgelegt, in dem der wesentliche Handlungsbedarf konkret beschrieben ist. Die Qualität der Behandlung und ihr gesundheitlicher Nutzen für Patientinnen und Patienten müssen in das Zentrum aller Überlegungen zur Weiterentwicklung der finanziellen und ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung insgesamt gerückt werden.

Für die Krankenhäuser dürfen nicht allein zusätzliche Leistungen lohnenswert sein. Stattdessen muss es sich lohnen, dass die Behandlung auf einer individuell richtigen Diagnose für die Patientin oder den Patienten beruht und in einer nachweisbar hohen Oualität erbracht wird. Es ist in diesem Zusammenhang auch sicherzustellen, dass Bonusvereinbarungen zwischen Klinikleitungen und ihren Ärztinnen und Ärzten, die ausschließlich die Steigerung von bestimmten Operationszahlen zum Ziel haben, unterbleiben. Sie gefährden Patientinnen und Patienten. Sie führen zu unnötigen Behandlungen und Operationen, deren Kosten die Versichertengemeinschaft aus ihren Beitragsgeldern zu tragen hat. Und es bleibt die Aufgabe, das DRG-Fallpauschalensystem und die Kalkulation der DRGs mit dem Ziel der Vergütungsgerechtigkeit weiterzuentwickeln. Das gilt vor allem auch für die Hochleistungsmedizin und die Extremkostenfälle.

Wahlprüfstein 8

Der völlig berechtigte Wunsch nach Kostenkontrolle für innovative Medikamente oder Verfahren hat zu einem Verfahren geführt, das viel Kritik hervorgerufen hat (AMNOG). Kritisch betrachtet kann es zu einem Attraktivitätsverlust des Standorts Deutschland für präklinische Entwicklungsprogramme sowie für die klinische Studien- und Forschungslandschaft und damit letztlich langfristig auch zu Nachteilen für Patienten führen.

Gerade Patienten mit ZNS-Erkrankungen wie MS, Parkinson oder Demenz sind auf innovative Weiterentwicklungen auch in der pharmakologischen Forschung und Entwicklung angewiesen.

Wie steht Ihre Partei zur Sicherung einer internationalen Spitzenstellung des Forschungs- und Innovationsstandortes Deutschland im Gesundheitswesen? Wie wollen sie Nachteile für Standort und Patienten verhindern?



Wir begrüßen die mit dem AMNOG eingeführte Nutzenbewer-

tung. Von einem Preisfindungssystem, das diese Bewertungsergebnisse verwendet, können nach unserem Dafürhalten - anders als von der freien Preisbildung auf Herstellerebene - auch wichtige Innovationsimpulse ausgehen. Wir werden an diesem System grundsätzlich festhalten. Wichtig ist aber

selbstverständlich, dass bei der Weiterentwicklung auch die Interessen der Hersteller berücksichtigt werden.

Die Investitionen in For-

schung und Entwicklung von heute bedeuten morgen Arbeitsplätze, Wohlstand und Lebensqualität für die Menschen. Es ist deshalb gut, dass in Deutschland noch nie so viel für Forschung und Entwicklung ausgegeben wurde wie in dieser Wahlperiode. Die Zielmarke von 3 % des Bruttoinlandsproduktes haben wir so gut wie erreicht. Diesen erfolgreichen Weg wollen CDU und CSU fortsetzen. Das federführende Forschungsministerium BMBF fördert die Gesundheits forschung im Zeitraum von 2011 bis 2014 mit rund 5,5 Milliarden Euro. Mit

dem 2010 verabschiedeten "Rahmenpro-

gramm Gesundheitsforschung" richtet

die Bundesregierung die Gesundheits-

forschung neu aus und legt den Schwer-

punkt auf die Erforschung der soge-

nannten Volkskrankheiten Krebs, Stoff-

wechselstörungen, Herz-Kreislaufleiden, Demenz oder Lungenerkrankungen. Wie genau die Mittel angelegt werden, wird in einem eigens eingerichteten Gesundheitsforschungsrat diskutiert. CDU und CSU wollen, dass in

Deutschland die neuesten und besten Therapien und Medikamente entwickelt werden, um diese Krankheiten zu bekämpfen. Wir setzen auf die forschenden Arzneimittelhersteller, deren lange Erfahrung und großen Anstrengungen, um neuen Therapien zum Durchbruch zu verhelfen. Wir werden weitere Deutsche Zentren der Gesundheitsforschung gründen sowie neue integrierte For-



schungs- und Behandlungszentren ausschreiben.



Die FDP setzt sich für den Erhalt einer hochwertigen und iberalen innovativen Arzneimittel-

versorgung in Deutschland ein. Patienten brauchen schnellen Zugang zu innovativen Arzneimitteln, gleichzeitig müssen Arzneimittel aber auch bezahlbar bleiben. Die vor diesem Hintergrund neu eingeführte Nutzenbewertung sehen wir als lernendes System, das wir da, wo es sich als notwendig erweist, weiterentwickeln wollen.

Deutschland ist **DIE LINKE.** Deutschland ist nach wie vor ein guter Forschungsstandort - zumindest für die kommerzielle Pharmaforschung. Während das entsprechende Forschungsvolumen in der EU insgesamt deutlich abgenommen hat, ist es in Deutschland auf hohem Niveau stabil geblieben. Die nichtkommerzielle Forschung hat es dagegen schwer. Wir beobachten auch in den Forschungsinhalten eine Schieflage. DIE LINKE fordert daher jährlich einen Steuerzuschuss in Höhe von 500 Millionen Euro für eine unabhängige und bedarfsgerechte klinische und präklinische Forschung (vergleiche Bundestag-Drs. 17/11515).

Auch wenn das Preisbildungskonzept der LINKEN weiter geht (vergleiche Antrag der Linksfraktion "Für ein modernes Preisbildungssystem bei Arzneimitteln" Bundestag-Drs. 17/2324), sehen wir das AMNOG doch als Schritt in die richtige Richtung an. Der Nutzen eines neuen Arzneimittels und vor allem der Zusatznutzen im Vergleich zur Standardtherapie sind mit der Arzneimittelzulassung nicht belegt. Praktisch alle Länder Europas haben daher eine nutzenbasierte Bewertung zwischengeschaltet, meist mit einer entsprechenden behördlichen Preisfestsetzung. Deutschland hat sich mit dem AMNOG gerade einmal auf europäisches Mittelmaß gehoben, denn vorher waren nicht nur die Preise neuer Arzneimittel gänzlich unreguliert, sondern der Markt wurde auch überflutet von Scheininnovationen, die mit viel Marketing an die Patientin beziehungsweise an den Patienten gebracht wurden. Dass diese

Scheininnovationen jetzt in Einzelfällen nicht mehr auf den deutschen Markt finden, bedeutet keine Beeinträchtigung der therapeutischen Möglichkeiten. Eine nutzenbasierte Preisfindung für neue Arzneimittel ist der beste Anreiz für innovative Arzneimittel. Neue Wirkstoffe, die für die Therapie einen echten Fortschritt bringen, werden honoriert - unabhängig vom aufgebrachten Forschungsvolumen. Scheininnovationen haben es dagegen schwer, denn sie dürfen nicht mehr kosten als die gleich gute, etablierte Therapie. Für die frühe Nutzenbewertung wird in einer systematischen Recherche das weltweit verfügbare Wissen über das neue Arzneimittel ermittelt und anschließend ausgewertet. Grundsätzlich hat das Land, in dem die klinischen Prüfungen für ein zuzulassendes Arzneimittel durchgeführt werden, daher nichts mit der frühen Nutzenüberprüfung, dem AMNOG-Verfahren, zu tun.



Das Ziel der Nutzenbewertung besteht grundsätzlich

darin, dass für innovative Arzneimittel, die für die Patientinnen und Patienten einen zusätzlichen Nutzen im Vergleich zur zweckmäßigen Therapie nachweisen können auch entsprechend höhere Preise gezahlt werden können, die die Innovationsleistung dieser Arzneimittel honorieren. Das geht verständlicherweise nur, wenn im Ergebnis der Nutzenbewertung auch entsprechend niedrigere Preise für Arzneimittel ohne Zusatznutzen zustande kommen können. Insgesamt profitieren Patientinnen und Patienten davon, wenn wir mehr Klarheit darüber haben, welche Arzneimittel ihnen einen größeren Nutzen geben und welche nicht. Es sollte auch im Interesse der forschenden Pharmahersteller sein, dass wirkliche Innovationen einen höheren, wegen ihres belegten Zusatznutzens aber auch angemessenen Preis erzielen können. Insoweit teilt die SPD die vielfach geäußerte Befürchtung nicht, dass eine Nutzenbewertung von Arzneimitteln Forschung und Entwicklung in Deutschland behindern könnten. Das Gegenteil sollte der Fall sein, wenn es gelingt, echte Innovationen von Scheininnovationen zu unterscheiden.

Honorarentwicklung

Was sich ab Oktober ändert

In die Honorarsituation der neurologischen Versorgung kommt Bewegung. Ab 1. Oktober 2013 profitieren Neurologen von der Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG). Bei der Weiterentwicklung des neurologischen Kapitels im EBM hat die KBV entgegenkommen signalisiert.

ie Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hatte eine Revision des EBM für das Jahr 2014 angekündigt. Nun sind erste Schritte getan, mit dem Ziel die haus- und fachärztliche Grundversorgung zu stärken. Mit der Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) wird ab 1. Oktober 2013 ein neuer Zuschlag eingeführt. Hintergrund ist die Tatsache, dass grundversorgende konservative Fächer in den vergangenen Jahren an Attraktivität verloren haben, weil die Fachärzte der Grundversorgung in Konkurrenz mit den Spezialisten in den vergangenen Jahren kaum von Honorarzuwächsen profitiert haben. Dies will die KBV mit Hilfe der PFG kompensieren. Die zukünftige Pauschale für die fachärztlichen Grundversorger wird einmal pro Quartal für jeden Behandlungsfall gezahlt, bei dem keine spezialisierten Leistungen durchgeführt werden. Nach derzeitigem Kenntnisstand gelten für das Fachgebiet "Neurologie" ausschließlich Ultraschalluntersuchungen der Gefäße als spezialisierte Leistungen.

Woher kommt das Geld für die PFG?

Zur Finanzierung der PFG wird zusätzliches Geld bereitgestellt: Verwendet werden Honorarsteigerungen, die für das Jahr 2013 verhandelt wurden - unter anderem circa 20 Millionen € aus Einsparungen bei Dialysesachkosten -, 100 % des auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Honorarzuwachses aus der Veränderungsrate in 2013 in Höhe von rund 119 Millionen € sowie der fachärztliche Anteil der Einsparungen aus der Umstellung der Abrechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus (ab April 2013) in Höhe von etwa 73,3 Millionen €. Dies führt zu einer Bewertung der PFG auf Bundesebene für die

Fachgebiete "Neurologie", "Nervenheilkunde" und "Psychiatrie" mit je 3,50 €. Der prozentuale Honorarzuwachs für unser Gebiet Neurologie errechnet sich mit durchschnittlich 5,2 %. In vielen Bundesländern wird genau dieser Betrag auch zur Auszahlung kommen, ist jedoch abhängig von den jeweils gültigen regionalen Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabes.

Ab Oktober 2013 sollen die einzelnen Facharztkapitel des EBM unter Einbeziehung der Berufsverbände weiterentwickelt werden. Die KBV hat ausdrücklich zugesagt, die in der Vergangenheit an sie gerichteten Forderungen der Berufsverbände in die Verhandlungen und Anpassungen mit einzubeziehen. Im neurologischen Kapitel betrifft dies vor allem die Forderung nach besserer Bewertung technischer Leistungen, insbesondere zum Beispiel der elektrophysiologischen Diagnostik, aber auch Berücksichtigung neuer Leistungen, wie der Botox-Therapie, ferner die bessere Vergütung von Gesprächsleistungen auch im neurologischen Kapitel. Nicht vergessen ist die dringende Forderung nach grundsätzlicher Anhebung und Verbesserung der neurologischen Vergütung, die in vielen Bundesländern mit der Vergütung in anderen fachärztlichen Kapiteln auch im Vergleich zu der Gruppe der Nervenärzte - nicht adäquat weiterentwickelt wurde.

Über die Verzögerungen bei der Einführung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV), für die ebenfalls ein eigenständiger EBM-Abrechnungsbereich geschaffen werden soll, haben wir bereits berichtet. Die Entwicklung eines "allgemeinen Paragrafenteils", aber auch Verzögerungstaktik der Verhandlungspartner haben dafür gesorgt, dass die Einführung der ASV nur



Keine hochfliegenden Forderungen: Versorgung von Patienten mit Erkrankungen des ZNS muss in einem eigenständigen Honorarbereich abgebildet und mit festen Preisen vergütet werden.

schleppend vorankommt. Für die neurologische Versorgung stehen die Indikationen "MS" und "Epilepsie" auf der Agenda. Wir sind in gutem Kontakt mit dem G-BA und werden Sie über weitere Entwicklungen auf dem Laufenden halten.

Wir bleiben bei unserer Forderung: Die Versorgung von Patienten mit Erkrankungen des ZNS muss in einem eigenständigen Honorarbereich abgebildet und mit festen Preisen vergütet werden. Wir akzeptieren nicht, dass unsere Vergütung auch abhängig ist von den Leistungsmengen in anderen Fachgebieten.

AUTOR

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Es gibt noch viel zu tun ...

Bereits auf der DGN-Tagung 2012 war die Neufassung des § 116b SGB V im Rahmen des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) ein Thema. Ziel ist die Weiterentwicklung der bisherigen § 116b-Ambulanzen zu einem neuen sektorenübergreifenden Versorgungsbereich. Was ist der derzeitige Stand der Entwicklung?

ie Neufassung des § 116b SGB V im Rahmen des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten und ersetzt die bisherigen Regelungen zu den § 116b-Ambulanzen. Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Erstellung einer Richtlinie beauftragt, in der die Zugangsvoraussetzungen und Qualitätskriterien definiert werden. Diese Richtlinie sollte laut Gesetz bis zum 31. Dezember 2012 fertiggestellt werden. Es war allerdings schon früh klar, dass der G-BA aufgrund der Komplexität des Themas diesen Termin niemals hätte einhalten können. Die Berufsverbände hatten innerhalb der letzten zwölf Monate zwei Termine mit dem Unterausschuss "Ambulante spezialfachärztliche Versorgung" des G-BA und konnten ihre Vorstellungen von der weiteren Entwicklung der Qualitätsanforderungen darlegen. Zudem ist zwischenzeitlich am 21. März 2013 eine Änderung der Richtlinie ASV § 116b SGB V - ASV-RL vorgenommen worden, die am 20. Juli 2013 in Kraft getreten ist. Die Richtlinie nimmt nunmehr unter anderem konkret Stellung zu den Rechtsgrundlagen und zu den personellen, sachlichen sowie organisatorischen Voraussetzungen. Auch wenn wir jetzt anhand der Richtlinie konkretere Vorstellungen zur Leistungserbringung sowie zur Struktur- und Prozessqualität bekommen haben, sind diese noch von allgemeiner und formaler Natur. Die für die neurologischen Krankheitsbilder entscheidenden Ausformulierungen stehen noch aus und werden künftig in entsprechenden Anlagen publiziert. Leider ist derzeit noch nicht absehbar, wann die neurologischen Krankheitsbilder bearbeitet werden. Von Seiten des G-BA hat man uns weiterhin eine enge Zusammenarbeit zugesichert.

Die neurologischen Berufsverbände und Fachgesellschaften stimmen sich hierzu inhaltlich ab, um mit dem G-BA in Kontakt zu treten. Für die Multiple Sklerose wurde von den Verbänden und der DGN die Taskforce "Versorgungsstrukturen" der KKNMS mit Vertretern von DGN, DMSG, BDN und BVDN mandatiert. Namentlich sind dies Professor Ralf Gold, Professor Hans Wiendl, Professor Bernhard Hemmer, Professor Bernd Kieseier, Professor Flachenecker, Dr. Michael Lang und meine Person. Für die Epilepsie koordinieren Professor Felix Rosenow und Dr. Ralf Berkenfeld die Absprachen zwischen den Berufsverbänden und Fachgesellschaften. Ein erstes Treffen dieser Arbeitsgruppen wurde für den 4. September 2013 angesetzt (nach Redaktionschluss dieser Ausgabe). Über die Ergebnisse werden wir die Mitglieder der Berufsverbände und der Fachgesellschaften wie gewohnt informieren.

Politischer Hintergrund

Hintergrund der Weiterentwicklung des § 116b sind ganz allgemein die demografiebedingte Zunahme von komplexen Erkrankungen und der hierdurch steigende Bedarf an interdisziplinär abgestimmten Versorgungsformen. Der Gesetzgeber hat ein besonderes Interesse an einer Konvergenz des Leistungsgeschehens an der Schnittstelle ambulant-stationär einerseits und an einer Förderung des Wettbewerbs an dieser Schnittstelle. Die wichtigste Erneuerung des § 166b ist aus diesem Grund die "Öffnung" der §116b-Ambulanzen für Vertragsärzte mit einheitlichen Qualitätsanforderungen an Krankenhäuser und Vertragsärzte nach dem Motto "Jeder, der kann, der darf!". Hierzu wird auch eine einheitliche Vergütungssystematik geschaffen. Eine Budgetbereinigung ist vorgesehen, allerdings nicht zulasten der haus- und fachärztlichen Grundversorgung. Der Gesetzgeber hat also die § 116b-Ambulanzen zu einem neuen sektorenüber-



Der Versorgungsauftrag der ambulanten spezialärztlichen Versorgung gilt für die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten. In der Neurologie betrifft es die Diagnosen Multiple Sklerose und Epilepsie.

Bernd Ege / Fotolia.com

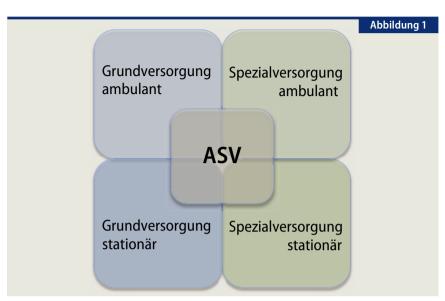
greifenden Versorgungsbereich weiterentwickelt. Mit der ASV ist damit de facto ein neuer Versorgungssektor geschaffen worden (Abbildung 1).

Definition

Die ambulante spezialärztliche Versorgung ist für die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten vorgesehen. Es sind drei Fallgruppen vorgesehen: erstens schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen. zweitens seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie drittens hochspezialisierte Leistungen. Für die Neurologie ist der erste Bereich relevant, zunächst rein mengenmäßig die Multiple Sklerose und die Epilepsie. Es können also demnächst nicht mehr nur Patienten behandelt werden, die eine entsprechende ICD-Diagnose haben, sondern nur noch Patienten mit entsprechend schweren Verläufen, was der G-BA in den entsprechenden Anlagen noch spezifizieren wird. Der MDK wird mit qualitätskontrollierenden Maßnahmen beauftragt werden.

Neues aus der Richtlinie vom 21. Juli 2013

Die wichtigste Teilnahmevoraussetzung und das entscheidende Qualitätsmerkmal ist das Vorhalten eines interdisziplinären Teams, das auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen tätig werden kann. Es werden drei Ebenen des interdisziplinären Teams definiert: die Teamleitung, das Kernteam und die bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärzte. Die Teamleitung hat dabei die Aufgabe, die spezialfachärztliche Versorgung der Patienten fachlich und organisatorisch zu koordinieren und gehört dem Kernteam an. Die Mitglieder des Kernteams sind Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen. Sie müssen die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung (mindestens an einem Tag in der Woche zu festgelegten Zeiten) erbringen, wobei an immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung



Mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ist de facto ein neuer Versorgungssektor geschaffen worden.

von Patientenprobenmaterial von dieser Regelung ausgenommen sind. Der Ort der Leistungserbringung muss für Patienten dennoch in angemessener Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein, in der Regel sollte dies innerhalb von 30 Minuten möglich sein. Dies gilt auch für die hinzuzuziehenden Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf typischerweise bei einem Teil der Patienten ergänzend benötigt werden.

Es gilt der Facharztstatus

Eine wichtige Qualitätsanforderung betrifft den Facharztstatus. Die Diagnosestellung und leitenden Therapieentscheidungen sind im Rahmen der ASV durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich zu treffen, das heißt, es gilt der Facharztstatus. Eine Vertretung der Mitglieder ist nur durch Fachärzte möglich, welche die in dieser Richtlinie normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen. Für andere Tätigkeiten, also nicht leitende Therapieentscheidungen, reicht der Facharztstandard. Hier können also auch Ärzte in Weiterbildung entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitglieds des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ASV einbezogen werden.

Weitere erkrankungs- oder leistungsbezogene Anforderungen wie das Vorhalten bestimmter Bereiche (z. B. Intensivstation, Notfalllabor, bildgebende Diagnostik, 24-Stunden-Notfallversorgung) werden erst in den Anlagen geregelt werden. Soweit erforderlich, kann dies grundsätzlich auch im Rahmen einer vertraglich vereinbarten Kooperation erfolgen. Auch die Frage der Mindestmenge ist noch nicht konkretisiert worden. Die aktualisierte Richtlinie nimmt aber Stellung zur Teilnahme an Studien. Demnach sollen die Leistungserbringer geeignete Patienten über nationale und internationale klinischen Studien informieren und ihnen die Teilnahme ermöglichen, was die Kenntnis relevanter laufender Studien, einschließlich der jeweiligen Ein- und Ausschlusskriterien und der Studienprotokolle sowie die Beratung der Patienten über die Studienteilnahme erfordert. Auch ist eine enge und kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Patienten- und Selbsthilfeorganisationen vorgesehen.

AUTOR

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Weiterbildungsordnung

Wir müssen uns der Herausforderung stellen

Derzeit findet die Überarbeitung der Musterweiterbildungsordnung durch die Bundesärztekammer statt, beauftragt vom Deutschen Ärztetag. Erstmalig erfolgt die Novellierung über eine im Internet eingerichtete Plattform (WIKI-BÄK) unter Einbeziehung der beteiligten ärztlichen Organisationen, also für das neurologische Fachgebiet unter der Beteiligung von DGN, BDN und BVDN.

Die Weiterbildungskommission der DGN unter der Leitung von Professor Gereon Fink und unter Mitarbeit von BDN und BVDN hat Ende April einen Vorschlag auf die Plattform gestellt, der nunmehr zwischen den Landesärztekammern und der Bundesärztekammer abgestimmt wird. Im Frühjahr 2014 soll dieser Prozess abgeschlossen sein.

Das Ziel unserer Vorschläge war, das gesamte Spektrum der Neurologie in der Musterweiterbildungsordnung abzubilden. Dies stellt für die Weiterbildungsermächtigten durchaus eine Herausforderung dar. Aber wir müssen uns dieser Herausforderung wie in der Vergangenheit stellen, da auch weiterhin gilt, dass die Neurologie nur das für sich reklamieren kann, was auch in der Weiterbildungsordnung verankert ist.

Da Wissen und erforderliche Fertigkeiten unseres Fachgebietes kontinuierlich wachsen, müssen wir uns von dem Ge-

danken lösen, dass wir nach Abschluss der Facharztausbildung das Fach Neurologie in allen Facetten beherrschen. Das ist utopisch und kann auch nicht das Ziel der Facharztweiterbildung sein. Der Erwerb von Spezialwissen und besonderen Fertigkeiten ist auch nach der Facharztprüfung angesagt und ist ein lebenslanger Prozess. Dies ist gut und richtig so, aber wir sollten uns insbesondere vor einer Überregulierung hüten. DGN und Berufsverbände sind sich weiterhin darin einig, dass wir Zertifizierungen und Zusatzbezeichnungen nur dort zulassen sollten, wo eine politische Notwendigkeit besteht, wie etwa bei der Zertifizierung von Stroke Units. Ansonsten sollten wir uns nicht selbst unnötig reglementieren.

Was die Weiterbildungsordnung angeht, gibt es in zwei Bereichen Handlungsbedarf. Der eine betrifft die Geriatrie. Vonseiten der Internisten ist hier eine Facharztbezeichnung avisiert, die

die Neurologen herausfordert. Schließlich ist die Mehrheit der geriatrischen Erkrankungen neurologisch und selbstverständlich hat ein Parkinson- oder Demenzpatient ein Anrecht darauf, mit fachärztlich-neurologischer Kompetenz behandelt zu werden, auch wenn er ein geriatrisches Alter erreicht hat. Welche Lösung sich hier anbahnt, hängt nunmehr vom Verlauf der weiteren Abstimmungen ab. Wir werden versuchen, hier eine "neurologengerechte" Lösung herbeizuführen und über den weiteren Verlauf berichten.

Übergangsregelung in Sicht

Ein zweites Arbeitsfeld betrifft die Neuropsychologie. Wie an verschiedenen Stellen berichtet, ist die neuropsychologische Therapie Kassenleistung geworden, die von Neuropsychologen, Neurologen und Psychiatern mit entsprechender Qualifikationen geleistet werden kann. Welches diese Qualifikationen im Einzelnen sind, ist für die Psychologen recht eindeutig definiert, für die Ärzte noch nicht. Insbesondere ist unklar, was bereits durch die Facharztqualifikation abgedeckt ist und was noch durch zusätzliche Weiterbildung erworben werden muss. Wir haben die neuropsychologischen Weiterbildungsinhalte im Rahmen der neuen Musterweiterbildungsordnung unter diesen Gesichtspunkten noch einmal überarbeitet und werden Vorschläge für eine Übergangsregelung vorlegen.



Handlungsbedarf in Sachen Weiter-bildungsordnung gibt es vor allem in den Bereichen Geriatrie und Neuropsychologie. Die Weiter-bildungskommission der DGN unter Mitarbeit von BDN und BVDN arbeitet daran.

AUTOR

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Interview mit dem Kongresspräsidenten

Medizin in Bewegung

Vor fast genau 106 Jahren, am 14. September 1907, wurde die Deutsche Gesellschaft für Neurologie als "Gesellschaft Deutscher Nervenärzte" in Dresden ins Leben gerufen. Es gibt aber noch andere Gründe, warum der 86. DGN-Kongress 2013 in Dresden eine besondere Bedeutung für die gesamte Neurologie hat.

7 Herr Professor Reichmann, das diesjährige Motto des DGN-Kongresses in Dresden lautet "Medizin in Bewegung". Warum?

Reichmann: Durch meine Kongresspräsidentschaft lag es nahe, dass das wissenschaftliche Programm durch meinen Forschungsschwerpunkt Bewegungsstörungen mitgeprägt wird. Das war der Anfang dieser Idee. Aber das Motto hat natürlich noch weitere Bedeutungen: Die Neurologie ist ohne Zweifel eine "Medizin in Bewegung", mit zahlreichen innovativen Therapien, mit einem außergewöhnlich hohen Anteil junger Kollegen, mit dem größten prozentualen Zuwachs an Fachpersonal unter allen therapeutischen Fächern, mit inzwischen mehr als 5.000 Besuchern des DGN-Kongresses!

Sie waren sechs Jahre lang im Vorstand der DGN tätig. Nun richten Sie als Kongresspräsident den 86. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie in Ihrer langjährigen Wirkungsstätte Dresden aus. Was bedeutet das für Sie persönlich?

Reichmann: In Dresden wurde die Deutsche Gesellschaft für Neurologie im Jahr 1907 als "Gesellschaft Deutscher Nervenärzte" gegründet. Der Freistaat Sachsen und speziell auch die medizinische Fakultät der Universität in Dresden haben sich in den vergangenen 20 Jahren zu einem Top-Standort für die Forschung und medizinische Versorgung etabliert. Darauf bin ich persönlich stolz und freue mich, täglich in einem solchen Umfeld wirken zu dürfen. Und jetzt kommt ein hochkarätiger Kongress an einen hochkarätigen Standort.

? Warum sollte man unbedingt den Kongress besuchen?

Reichmann: Der Kongress ist ohne Zweifel das wichtigste Wissenschafts-, Fortbildungs- und Diskussionsforum in unserem Fachgebiet. Er zählt heute, gemessen an der Anzahl Besucher, zu den zwei, drei größten neurologischen Kongressen weltweit und wahrscheinlich zu den fünf größten medizinischen Kongressen in Deutschland. Für die Fortschritte der neurologischen Wissenschaft und Versorgung im deutschsprachigen Raum ist die Bedeutung des Kongresses nicht hoch genug einzuschätzen. Nirgendwo anders erhält man so dicht und intensiv ein Update zur ganzen Bandbreite der Neurologie in nur vier Tagen. Das Publikum reicht von Neurologen aus dem klinischen Bereich über niedergelassene Fachärzte bis zu Kollegen aus benachbarten Fachgebieten.

Ich kann jedem Kollegen nur empfehlen, sich hier über aktuelle Therapiemöglichkeiten zu informieren und die Gelegenheit zu nutzen, das eigene Wissen auf den neuesten Stand zu bringen.

Welches sind 2013 die Schwerpunkte im wissenschaftlichen Programm? Reichmann: Im wissenschaftlichen Programm werden wir die neuesten Erkenntnisse zum Schlaganfall, zur Parkinson-Erkrankung, zur Multiplen Sklerose, peripheren Nervensystemstörungen und Muskelerkrankungen diskutieren. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der translationalen Neurologie mit Zellersatz und gentherapeutischen Ansätzen. Zwei neue Formate bieten noch mehr Aktualität: "Late-Braking-News" mit kürzlich publizierten Erkenntnissen zu klinisch relevanten Themen und "Spotlight 2013 - Höhepunkte des wissenschaftlichen Programms" als Zusammenfassung wichtiger freier Beiträge.



Prof. Dr. med. Heinz Reichmann DGN-Kongresspräsident 2013

? Was hat der Kongress dem Neurologennachwuchs zu bieten?

Reichmann: Der DGN-Kongress ist seit etwa drei Jahren speziell für den Nachwuchs eine wichtige Plattform, um sich zu informieren und auszutauschen, Kontakte zu knüpfen und einen umfassenden Einblick in das Fachgebiet zu erhalten. Er hat sich dadurch immer mehr auch als Jobmesse etabliert. So mancher Chef hat hier schon seine künftigen Mitarbeiter kennengelernt. Die Nachwuchsorganisation Junge Neurologen organisiert für Medizinstudierende, PJler und Assistenzärzte ein eigenes umfassendes Workshop- und Vortragsprogramm, teilweise mit Partnern wie der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) und ist mit einem eigenen Messestand vertreten.

Video zum DGN-Kongress 2013: www.dgn.org

INTERVIEW

Frank A. Miltner, DGN-Pressestelle

86. DGN-Kongress 2013 in Dresden

Empfehlungen für den Kongressbesuch

Der DGN-Kongress zählt zu den größten Medizinkongressen in Deutschland und zu den größten neurologischen Kongressen weltweit. Da heißt es nicht den Überblick zu verlieren. Wir lotsen Sie hier zu einigen Höhepunkten und Neuerungen des Programms.

Eröffnungsveranstaltung mit prominenten Gästen

Die Eröffnungsveranstaltung am Donnerstag, 19. September, von 11.00 bis 13.15 Uhr gilt als Festakt für alle, die sich für die großen Zusammenhänge in der Neurologie interessieren. Neben der Begrüßung durch den Kongresspräsidenten und die Oberbürgermeisterin von Dresden, Helma Orosz, wird der 1. Vorsitzende der DGN, Professor Martin Grond, das Jahr Revue passieren lassen und die strategische Ausrichtung der DGN und der Neurologie in einer Grundsatzrede erläutern. Zwei besondere Gäste sind Professor Karl Max Einhäupl, Vorstandsvorsitzender der Charité in Berlin und ehemaliger Vorsitzender des Wissenschaftsrates, der in seiner Keynote die Möglichkeiten und Grenzen neurologischer Spitzenmedizin auslotet, und Professor Thomas Brandt, Lehrstuhl für Klinische Neurowissenschaften, Ludwig-Maximilians-Universität München, der neue wissenschaftliche Erkenntnisse des noch wenig erforschten Höhenschwindels vorstellt.

Präsidentensymposium

Im Präsidentensymposium am Donnerstagnachmittag unter dem Titel "Neurologie in Bewegung: Fortschritte in der Erforschung der Neurodegeneration" hält der meistzitierte klinische Parkinson-Forscher, Professor Andrew Lees, London, seinen Gastvortrag "In Search of the Lost Mystery of Neurology". Lees ist Ehrenmitglied der DGN und erhielt im vergangenen Jahr von der DGN den Dingebauer-Preis. Unter Vorsitz von M. Grond, H. Reichmann und A. Storch bereichern G. Kempermann (Dresden), K. Beyreuther (Heidelberg), A. C. Ludolph (Ulm) und T. Klockgether (Bonn) dieses Symposium.

DGN(forum: Medizin in Bewegung – wohin geht die Neurologie?

Raum für Gespräche über berufspolitische und ethische Themen, über Trends

in Beruf und Gesellschaft bietet das DGN(forum mit einem vielfältigen Diskussions- und Vortragsprogramm. Die DGN möchte in offenen Foren einige aktuelle, politisch brisante und zukunftsweisende Themen diskutieren und Szenarien entwerfen, wie sich bestimmte Bereiche in den nächsten Jahren entwickeln. Dabei treten Fragen auf: Was sind die aktuellen Trends und wie kann strategisches Handeln diese unterstützen oder ihnen entgegenwirken? In welchen Bereichen muss sich die Neurologie engagieren, in welchen vielleicht nicht? Dies betrifft fachliche Themen genauso wie die Medizinethik oder die zukünftige Arbeit der DGN. Alle Veranstaltungen im DGN(forum finden in Halle 1.3 im Classroom 1 statt. In Halle 1.3, finden sich außerdem Informationsstände von DGN, Stellenmarkt Neurologie und nichtkommerziellen Ausstellern. Auch die "Jungen Neurologen" präsentieren sich mit ihrem Nachwuchsprogramm (siehe auch Seite 50 in dieser Ausgabe) und einem eigenen Informationsstand.

Fortbildungsakademie: Wissen auf dem neuesten Stand

Gelegenheit, das eigene Wissen ständig zu aktualisieren, bietet die renommierte Fortbildungsakademie auf dem DGN-Kongress in Dresden - mit rund 50 Kursen und fast 300 Vorträgen, unabhängig und in höchster wissenschaftlicher Qualität. Im vergangenen Jahr wurden hier mehr als 6.000 zertifizierte Fortbildungen gebucht. Kurse und Vorträge zu den wirtschaftlichen Stützpfeilern der neurologischen Kliniken fehlen ebenso wenig wie zur neurologischen Betreuung von Patienten mit körperlichen und mentalen Behinderungen, zur Neurochirurgie sowie Kinder- und Jugendneurologie. Ein aktuelles Thema ist die Al-



Tagungsort
Messe Dresden
– auf über
23.000 Quadratmetern Fläche
informieren
sich mehr als
5.000 Fachbesucher über die
neuesten Entwicklungen in
der Neurologie.

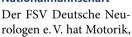
tersmedizin, auf die die Fortbildungsakademie mit drei Kursen eingeht: "Curriculum Kognitive Neurologie: Altern und Demenzen", "Neurologie-Geriatrie" und "Gerontoneurologie".

Das im vergangenen Jahr eingeführte neue System für CME-Punkte ermöglicht die schnelle und unkomplizierte Verbuchung ohne lange Wartezeiten. Auch die 2012 entwickelte und erfolgreich eingesetzte Videoplattform, auf der registrierte Teilnehmer nach dem Kongress alle Vorträge und Kurse nochmals online ansehen können, wird es wieder geben.

Neurologenlauf

Am Mittwoch, den 18. September 2013 ab circa 11.30 Uhr wird die Tradition eines Kongresslaufes reaktiviert, um die Botschaft "Medizin in Bewegung" in die Öffentlichkeit zu tragen. Der Start der maximal 8 Kilometer langen Strecke ist an der Messe Dresden. Ortskundige Kollegen werden an der Elbe entlang und an schönen Plätzen der Stadt in angemessenem Lauftempo vorbeiführen und Erläuterungen geben. Mit dabei ist auch der "Brainrunner" Jürgen Petersen mit Tipps, wie man beim Laufen die Mnemotechnik trainiert. Für Dusch- und Umkleidemöglichkeiten ist gesorgt, bei der Rückkehr erwartet die Teilnehmer eine kleine Erfrischung. Weitere Informationen und Anmeldung unter www. dgnkongress.org.

Benefiz-Fußballspiel der Neurologen-Nationalmannschaft



Koordination und räumliche Orientierung schon gegen BFC Dynamo, FC Barcelona und andere Proficlubs bewiesen. Auf dem DGN-Kongress in Dresden kickt die Neurologenmannschaft gegen überregional und international bekannte Fußballer aus dem Nationalteam Sachsen Oldstars zugunsten der Deutschen Kinderkrebsstiftung Sonnenstrahl e. V. am Donnerstag, 19. September 2013, ab 18.00 Uhr, Heinz-Stever-Stadion, Pieschener Allee 1, 01067 Dresden, Informationen zum Kartenvorverkauf auf www. dgnkongress.org oder direkt bei Frau H. Geidel, Telefon 035209 27778.

Get-together mit Partynight

Zeit zum kollegialen Networking bietet das Get-together mit Partynight am Donnerstag, den 19. September 2013, ab 20.00 Uhr. Erstmals ist mit der Erlwein-Capitol-Eventhalle und der Outdoor Area im Ostrapark, direkt gegenüber der Messe, eine Location außerhalb des Kongressgeländes gebucht. Geboten werden ein mediterranes Grillbuffet und fünf Bars. Jeder Gast erhält zwei Getränkegutscheine für Bier, Wein, Sekt oder Softgetränke. Ab 21.00 Uhr öffnen sich die Türen der Eventhalle. Eine Anmeldung zum Get-together mit Partynight ist im Rahmen der Online-Anmeldung auf www.dgnkongress.org notwendig.

Publikumsveranstaltung

Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen, dass körperliche Aktivität von der Jugend bis ins hohe Alter die Bildung neuer Nerven im Gehirn stimuliert und vor neurologischen Erkrankungen wie Schlaganfall oder Demenz schützen kann. In einer Publikumsveranstaltung "Sport & Gehirn: Bewegung als Medizin" am Dienstag, den 17. September 2013 von 18.30 bis 20.30 fassen Professor Reichmann, Professor Storch, Professor Kempermann und Dr. Ulf Bodechtel die aktuellen Erkenntnisse für Laien zusammen. Zum Abschluss verrät der Gedächtnisgroßmeister und Marathonläufer Jürgen Petersen Tipps, wie man Zeit beim Joggen gleichzeitig für das Gedächtnistraining nutzen kann. Moderiert wird diese Veranstaltung durch den ARD/MDR-Sportreporter Tomas Püschel. Statt findet sie im Zentrum für Regenerative Therapien Dresden (CRTD). Der Eintritt ist kostenlos, es ist keine Voranmeldung notwendig.

Industriesymposien und -ausstellung

Das Kongressprogramm wird durch 23 Industriesymposien ergänzt. 76 kommerzielle Aussteller ermöglichen den direkten fachlichen Austausch. Alle Industrieprogramme sind deutlich gekennzeichnet sowie räumlich und inhaltlich klar getrennt vom wissenschaftlichen Programm und den Fortbildungsveranstaltungen.

DGN(forum

Donnerstag, 19. September 2013

14.00 - 14.45 Uhr Vorstellung und Diskussion Die neue Muster-Weiterbildungsordnung – die Weichen werden gestellt Vorsitz: M. Grond, G. Fink

14.45 - 15.30 Uhr Vorstellung und Diskussion Update Geriatrie: Wie positioniert sich die Neurologie? Vorsitz: M. Grond

16.00 - 17.00 Uhr Impulsvorträge und Diskussion, gemeinsam mit DGNI Neurointensivmedizin - Neurologie im Abwind oder im Aufwind? Vorsitz: A. Ferbert

17.00 - 18.00 Uhr Impulsvorträge und Diskussion Wo führt das noch hin? Medizin versus Ökonomie im Klinikum Vorsitz: W. Heide, F. Erbguth

Freitag, 20. September 2013

9.00 - 10.30 Uhr BDN-Forum 2013 – berufspolitisches Update

Grundversorger und Spezialisten in Klinik und Praxis – Entwicklung ambulanter, stationärer und kooperativer Versorgungsstrukturen vor dem Hintergrund aktueller Gesetze und Reformen

Vorsitz: C. Gerloff, U. Meier Näheres siehe Seite 11 in dieser Ausgabe

14.30 - 16.15 Uhr Impulsvorträge und moderierte Diskussion Interessen, Konflikte, Transparenz: Ist die ärztliche Entscheidungsfreiheit in Gefahr?

Vorsitz: G. Deuschl, T. Lempert

Weitere Vorträge von: G. Maio, Medizinethiker, Freiburg, M. Klein, Vorstandsvorsitzender FSA e.V. und VP Pfizer Deutschland GmbH

16.30 - 17.00 Uhr Quo vadis DGN? Vorstand und Geschäftsführung beantworten Fragen und diskutieren die aktuellen und zukünftigen Aufgaben der DGN

Vorsitz: T. Thiekötter, M. Grond

Öffentlichkeitsarbeit

Mit Internetaktivitäten weiter auf der Erfolgsspur



Als Informations- und Suchmedium ist das Internet die Nummer 1. Das offene Web-Angebot des BDN gemeinsam mit neun weiteren neurologischen und psychiatrischen Berufsverbänden und Fachgesellschaften findet in der Öffentlichkeit regen Anklang.

as Internetnetzwerk "Neurologen und Psychiater im Netz" (NPIN) www.neurologen-und-psychiater-imnetz.org hatte im Jahr 2012 mehr als 2,1 Millionen Besucher. Mit steigenden Besucherzahlen im ersten Halbjahr 2013 kündigen sich bereits neue Rekorde an: Von Januar bis Juni riefen mehr als 1,2 Millionen Besucher die Internetseite auf. Damit sind die "Neurologen und Psychiater im Netz" nach wie vor die am meisten besuchte Internetseite zu neurologischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Themen im deutschsprachigen Raum. Durch den Eintritt der Fachgesellschaften aus der Schweiz, Österreich und Südtirol beträgt die potenzielle Reichweite der Website nun rund 100 Millionen Menschen.

Zusammenarbeit mit Nachrichtenagenturen und Presse

Im Jahr 2012 wurden im Rahmen der Kooperation mit der Deutschen Presseagentur (DPA) und der Nachrichtenagentur DAPD 34 Agenturmeldungen zu neurologischen Themen und mindestens 72 Artikel in Zeitungen und Zeitschriften veröffentlicht mit einer Reichweite von mehr als 14 Millionen Lesern. Die tatsächlichen Zahlen der veröffentlichten Artikel und der erzielten Leserreichweite liegen aber um ein Vielfaches höher, da der Clippingdienst nur Artikel erfasst, die als Quelle die "Neurologen im Netz" angeben. Eine von der Redaktion durchgeführte Recherche kommt zu dem Ergebnis, dass mittlerweile 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 ein etwas realistischeres Bild zu erhalten.

Im November des vergangenen Jahres wurde die Patienteninformationsplattform relauncht. Die Website erhielt ein modernes, ansprechendes Layout, die Inhalte wurden überarbeitet und aktualisiert sowie das Ranking der Site bei den Suchmaschinen verbessert. Auch Informationen für Angehörige, wichtige Adressen und Literatur zum Thema sind verfügbar. Ziel war es, mehr Menschen mit unserem Informationsangebot zu errei-

chen sowie neurologische Themen noch stärker in die Öffentlichkeit zu tragen.

Der Ort für Ihre Praxis-Homepage

Das Ärzteverzeichnis wird besonders häufig von den Besuchern genutzt. Über das Kapitel "Arztsuche" können Patienten einen Arzt in ihrer näheren Umgebung finden. Mittlerweile sind auf der Patientenplattform mehr als 300 Neurologen, Nervenärzte, Psychiater sowie Kinder- und Jugendpsychiater mit einer eigenen Praxis-Homepage vertreten und informieren dort unter anderem über ihr Praxisteam, Sprechzeiten, ihr Leistungsangebot und die Praxisschwerpunkte, um den Patienten ein Bild von der Praxis zu vermitteln. Wer über eine Praxis-Homepage bei den "Neurologen im Netz" verfügt, dessen Praxis wird nicht nur über eine Suche im Ärzteverzeichnis der Internetseite sondern auch bei einer Suchmaschinen-Recherche, wie zum Beispiel über Google, schnell gefunden. Auch für diejenigen, die bereits über eine Homepage im Netz verfügen, bietet eine Praxis-Homepage bei www.neurologen-undpsychiater-im-netz.org Vorteile, da durch

Neurologen und Psychiater im Netz Das Informationsportal zur psychischen Gesundheit und Nervenerkrankungen

0813

Herausgegeben von Berufsverbänden und Fachgesellschaften für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Nervenheilkunde und Neurologie aus Deutschland, Österreich, Italien und der Schweiz: BDN, BKJPP, BVDN, BVDP, DGGPP, DGKJP, DGPPN, SGPP, SGKJPP, ÖGPP, SIP.

Anmeldung für eine Praxis-Homepage bei www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org

JA, ich melde eine Praxis-Homepage an für: Einzelpraxis 8,-€ monatlich zzgl. MwSt. Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft* 12,-€ monatlich zzgl. MwSt. * Preis für MVZs mit mehreren Standorten auf Anfrage	Sonderaktion bis 30.11.2013 Kostenfreie Erstellung Ihrer Praxis-Homepage!
Titel, Name, Vorname	Internetadresse (falls vorhanden)
weitere Ärzte	Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung
Gesetzliche Berufsbezeichnung, Zusatzbezeichnung, Staat Straße, Hausnummer PLZ, Ort, Stadtteil	Ggf. Umsatzsteuer-Identifikationsnummer; Handelsregister, Vereinsregister, Partnerschaftsregister oder Genossenschaftsregister, in das Sie eingetragen sind Ich/Wir bestätige/n, Mitglied in einer der oben genannten Fachorganisationen zu sein. Ich/Wir bestätige/n, dass alle Nutzungsrechte meiner/unserer bestehenden Homepage bzw. der zur Verfügung gestellten Materialien bei mir/uns liegen. Die Monks - Ärzte im Netz GmbH und die beteiligten Fachorganisationen sind von Ansprüchen Dritter freigestellt.
Telefon	Sprechstunden
Fax	
E-Mail für Korrespondenz	Besonderheiten/Schwerpunkte
E-Mail für Ihre Praxis-Homepage	Fremdsprachen
Ich zahle per Bankeinzug von meinem Konto:	Schicken Sie uns Ihre Anmeldung per Fax oder Post:
Kontonummer Kontonummer	Monks - Ärzte im Netz GmbH "Neurologen und Psychiater im Netz" Tegernseer Landstraße 138, 81539 München
Bankleitzahl	Sie haben Fragen? Rufen Sie uns an unter: 089 / 64 24 82 -12/22/23 E-Mail: support@neurologen-und-psychiater-im-netz.org
Datum, Unterschrift	
Mit meiner Unterschrift aktzeptiere ich die AGB (siehe: www.monks-aerzte-im-netz.de/homepage-im- aerzteverziechnis/app).Widernufsrecht. Sie konnen Ihre Bestellung innerhalb von Z Wochen ohne Angabe von Gründen schriftlich widernufen. Zur Fristwahrung genügt die nechtzeitige Absendung an Monks - Arzte im Netz GmibH, Tegermeer Landstr. 138, 81539 München, Geschäftsfahrer: Sean Monks, Amtsgericht München, HRB 160833, USI-IDNs: DE 246543509	Mehr Infos zur Praxis-Homepage finden Sie unter: www.monks-aerzte-im-netz.de
Wir erstellen mit den von ihnen angegebenen Daten die Homepage. Weitere Informationen erhalten Sie per Post oder Mall von uns. Sie können uns jederzeit weitere Texte und Bilder (z. B. fotos, Praxist-Logo) auf Datenträgern oder per E-Mail zuschken. Bisz zu 18 dieder und S Unterstein erstellen wirk kostenlos für Sie Seisbstrestfahlich können Sie Ihre Homepage mit den erhaltenen Zugangsdaten selbst um beliebig viele Bilder und Unterseiten erweitern.	



www.neurologenund-psychiaterim-Netz.org (NPIN) ist nach wie vor die am meisten besuchte Internetseite zu neurologischen und psychiatrischpsychotherapeutischen Themen im deutschsprachigen Raum. 2012 hatte sie bereits mehr als 2.1 Millionen Besucher. eine Verlinkung mit Ihrer bereits bestehenden Homepage die Auffindbarkeit Ihrer Praxis erheblich verbessert wird.

Im Rahmen der diesjährigen Herbstaktion ist die Erstellung Ihrer Praxis-Homepage bei Anmeldung bis zum 30. November 2013 kostenfrei. Die monatlichen Abonnementkosten liegen zwischen 8 und 12 €, je nachdem, ob es sich um eine Einzel- oder Gemeinschaftspraxis handelt. Bei weiteren Fragen zum Leistungsumfang Ihrer Praxis-Homepage im Ärzteverzeichnis können Sie gerne anrufen: Telefon 089 642482-12. Mit dem Formular auf Seite 41 können Sie sich für eine Praxis-Homepage bei www.neurologen-und-psychiater-imnetz.org anmelden. □

AUTOR

Jochen Lamp, Frankfurt

Internetseiten der Berufsverbände

Alle Infos auf Smartphone und Tablet-PC



Zur DGN-Tagung präsentieren BDN, BVDN und BVDP ihre von Grund auf renovierten Internetauftritte. Die wichtigsten Neuerungen: Die Websites sind künftig Smartphone- und Tabletauglich. Außerdem informiert ein Newsletter die Mitglieder über wichtige berufspolitische Aktivitäten der Verbände.

Die Berufsverbände haben Ihre Internetpräsenz seit 2001 im regelmäßigen Rhythmus ergänzt und angepasst. Nach dem letzten großen grafischen Relaunch vor drei Jahren war jetzt eine grundlegende Überarbeitung nötig. "Neue Techniken ermöglichen es, die Kommunikation mit den Mitgliedern noch einfacher zu gestalten. Vor allem den breiten Trend zum mobilen Internet wollen wir natürlich nutzen", erläutert

42

der BDN-Vorsitzende Dr. Uwe Meier, Grevenbroich. Dafür haben die Verbände ihre Internetseiten auf eine vollständig neue technische Plattform aufgesetzt (Content Management System). Die Benutzeroberfläche orientiert sich aber an dem bislang Bekannten. Neu für die Mitglieder ist, dass die Webseiten künftig als mobile Versionen auch auf dem Smartphone und Tablett laufen werden. So ist es jederzeit bequem möglich, Termine, News oder Beiträge anzuschauen. Außerdem werden die Verbände ihren Mitgliedern in regelmäßigen Abständen Newsletter mit wichtigen Hinweisen senden, angedacht ist dafür ein zweimonatlicher Rhythmus. Selbstverständlich bleiben bewährte Rubriken der alten Homepages weiter verfügbar, zum Beispiel die Projekte der Berufsverbände, das NeuroTransmitter-Archiv, die Informationen zur Privatabrechnung, Termine für Fortbildungen, Symposien und politische Veranstaltungen des Verbandes.

Bereits zur DGN-Tagung können die Mitglieder einen ersten Blick auf die neuen Webseiten werfen, im Oktober werden dann alle Inhalte umgezogen sein.

AUTOR

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln

Junge Neurologen und "Med.-Wiss."

Journal Club – mitdiskutieren erwünscht

er Internetauftritt der Jungen Neurologen www.junge-neurologen.de ist ein gemeinsames Projekt der DGN, des BDN und des BVDN. Hier bieten die "Jungen Neurologen" einen besonderen Service: Eine elfköpfige Redaktion fasst aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen in kurzen Artikeln zusammen und bewertet sie kritisch. Weiterhin verweisen die Autoren auf zusätzliche Informationsquellen zum Thema und es besteht die Möglichkeit, in einem interaktiven Blog über die Ergebnisse und Thesen des Papers zu diskutieren. Dies steht allen registrierten Nutzern unserer Website kostenlos zur Verfügung!

Gestartet ist die neue medizinischwissenschaftliche Redaktion im März mit dem Thema "Gibt es bald eine effektiver systemische Thrombolyse?". Seither haben die Jungen Neurologen die möglichen Vorteile einer mobilen Stroke Unit, die Therapie des Status epilepticus, und Präventionsstrategien gegen Alzheimer-Demenz diskutiert - immer auf der Basis hochrangig publizierter Beiträge.

Für den Beitrag des Journal Clubs gilt das Sechs-Augen-Prinzip: Neben dem Autor und dem "Med.-Wiss."-Leiter liest ein weiterer "Junger Neurologe" den Beitrag gegen, bevor er online erscheint und dann kann die Diskussion starten ...

Die "Med.-Wiss." ist übrigens kein exklusiver Club von Wissenschaftlern. Wir haben neben Assistenzärzten unterschiedlichen Ausbildungsstandes Medizinstudierende und einen Arzt in der Grundlagenforschung im Team. Wer Interesse hat, sich an der "Med.-Wiss." zu beteiligen, findet die Kontaktdaten über www.junge-neurologen.de/journalclub.

AUTOR

Anselm Angermaier, Greifswald Leiter Med.-Wiss.

Junge Neurologen und Social Media

I think I spider: Die JuNo-Facebook-Seite

Neben der offiziellen Homepage der Jungen Neurologen (JuNos) dient der Facebook-Auftritt der JuNos als zusätzliches multimediales Instrument, um Studierende und Assistenten anzusprechen. Kurze prägnante Beitrage sollen die Kommunikation in der Community der Jungen Neurologen fördern. Der Facebook-Auftritt unterstützt über verlinkte Beiträge stets den Transfer auf die Homepage. Das soziale Netzwerk ist für viele eine gute Eintrittspforte, um mit

den JuNos Kontakt aufzunehmen. Vor allem soll Facebook aber im Voraus Summer-School-Teilnehmern und Studierenden, die mit einem Stipendium zum DGN-Kongress kommen, ermöglichen, miteinander in Kontakt zu treten und zum Beispiel Mitfahrgelegenheiten und Unterkünfte zu verabreden. Damit wird der Zusammenhalt bereits vor Beginn der Veranstaltung gestärkt und es werden Unklarheiten vermieden. Außerdem erhoffen sich die Jungen Neurologen über Umfragen noch mehr Rückmeldungen zu unseren Angeboten.

Übrigens: Mit mehr als 400 "Gefällt-Mir-Klicks" nimmt die Follower-Zahl stetig zu: Schauen Sie auch einmal auf dem JuNo-Facebook-Auftritt vorbei und liken Sie das Angebot.

AUTORIN

Eileen Gülke, Hannover Betreuerin des JuNo-Facebook-Auftritts

Junge Neurologen – Der Blick zurück ...

Nachwuchsgewinnung gelingt nicht ohne Nachwuchsförderung



Von Herbst 2011 bis zur DGN-Tagung in diesem Jahr hat Dr. Helge Hellriegel (Bildmitte, im Gespräch mit jungen Kollegen auf dem DGN-Kongress 2012) die Jungen Neurologen als Sprecher begleitet und unterstützt. Er fasst zusammen, was in dieser Zeit alles geschehen ist und wie die Jungen Neurologen vorangekommen sind.

ie Jungen Neurologen haben ungemein durch die Persönlichkeiten gewonnen, die in den letzten Jahren zur Kerngruppe dazu gestoßen sind und sie mit eigenen Ideen und Projekten bereichert haben. Damit ist das Spektrum ganz unterschiedlicher Ansätze in der Nachwuchsarbeit deutlich vielseitiger geworden. Dies ist nicht zuletzt auch der Tatsache geschuldet, dass die Leiter der einzelnen Arbeitsbereiche und Projekte eigenständig mit maximalem Gestaltungsspielraum agieren. Das dabei nichts aneinander vorbeiläuft, verdanken die Jungen Neurologen ihrem organisatorischen Schmelztiegel Dr. Arne Hillienhof, der stets ein wachsames Auge auf die internen Abläufe hat.

Vernetzung stand im Vordergrund

In den letzten zwei Jahren stand der Ausbau der Vernetzung im Vordergrund. Ein neuer Journal-Club, in dem Monat für Monat ein Schwerpunktthema aufgegriffen, eine aktuelle Veröffentlichung zusammengefasst und interessante weiterführende Links eingestellt werden, lädt über eine Kommentarfunktion zum Mitdiskutieren ein (siehe auch Seite 43). Das Hochschulnetzwerk wird weiterhin gepflegt, ein Netzwerk unter Assistenten ist im Aufbau. Die Präsenz in den sozialen Netzwerken wurde verstärkt und wird insbesondere im Hinblick auf den kommenden Kongress der DGN sehr

nützlich sein. Wir laden alle Interessierten ein, die Facebook-Seite der Jungen Neurologen (siehe auch Seite 43) zu besuchen und zu liken!

Die Gestaltung und technische Betreuung der Website übernehmen die Mitarbeiter von AlbertZWEI, die offen und mit viel Kreativität eigene Ideen einbringen und die Jungen Neurologen mit viel Herzblut unterstützen. Starken Support bekommen die Jungen Neurologen seit jeher durch den Vorstand der DGN und insbesondere durch ihren Geschäftsführer Dr. Thomas Thiekötter sowie durch den BDN und den BVDN. Allen diesen tatkräftigen Unterstützern sei an dieser Stelle nochmals herzlichst gedankt. Ohnehin ist die Arbeit der Jungen Neurologen geprägt durch eine enge Zusammenarbeit mit den erfahrenen Kollegen der Neurologie. Ein siebenköpfiges Team von Chefärzten hat die Idee der durch die Jungen Neurologen seit Beginn ihres Bestehens organisierten Summer Schools aufgegriffen und weiterentwickelt. Daraus entstanden ist eine "Clinical Summer School", die beide Male kurz nach Bekanntwerden des Termins im Frühjahr ausgebucht war (siehe auch Seite 46).

Studierende früh begeistern

Nach wie vor ist Ziel der Arbeit der Jungen Neurologen, Studierende frühzeitig für unser Fach zu begeistern. Dazu wurde seitens der DGN ein Stipendienpro-

gramm geschaffen, über das PJ-Studierende mit Hilfe von Chefärzten beziehungsweise Kliniken, die sich mit 150€ am Stipendium beteiligen, auf den DGN-Kongress fahren können. Das eigene Programm der Jungen Neurologen auf dem Kongress ist speziell auf Studierende und junge Assistenzärzte abgestimmt (siehe auch Seite 50).

Nach dem Eintritt in die Arbeitswelt wartet weiterhin das Mentorenprogramm, über das junge Kollegen über Jahre von einer erfahrenen Neurologin oder einem Neurologen in der beruflichen Entwicklung begleitet werden (Seite 55). Der intensive Austausch und die bessere Vernetzung mit den jungen Assistenzärzten tritt mehr und mehr in den Vordergrund, da deutlich wird: Nachwuchsgewinnung gelingt nicht ohne Nachwuchsförderung! Studierende halten sich oft die Entscheidung zwischen zwei Fächern bis nach dem Praktischen Jahr offen. In die Entscheidung für eine Fachdisziplin fließt die Gestaltung der Facharztweiterbildung und die Einhaltung eines Curriculums unmittelbar mit ein. Im nächsten Schritt werden sich die Jungen Neurologen hier verstärkt einbringen, es gibt also noch genug zu tun für die nächsten Jahre!

AUTOR

Dr. med. Helge Hellriegel, Kiel

... und nach vorne

"Das Fach ist einfach grandios!"

Gestern noch Teilnehmerin bei einer Summer School der Jungen Neurologen, heute an der Spitze der Kerngruppe: Dr. Christiana Ossig aus Dresden ist die neue Sprecherin der Jungen Neurologen.

Von Herbst 2013 an sind Sie jetzt für zwei Jahre Sprecherin der Jungen Neurologen. Wie sind Sie zu der Nachwuchsorganisation gestoßen?

Ossig: Ich habe 2009 an einer Summer School der JuNos in Dresden bei Dr. Martin Wolz teilgenommen. Großartig! Das war eine sehr spannende und intensive Woche - sozusagen Neuro satt! Nach dem Beginn meiner Assistenzarztzeit in Dresden habe ich dann selbst die dortige Summer School erst mit- und dann allein organisiert.

? Was ist das Besondere an den Jungen Neurologen?

Ossig: Ganz sicherlich, dass wir das Allermeiste aus uns selbst heraus organisieren und gestalten. Natürlich haben wir dabei viel Unterstützung der DGN und der Berufsverbände, aber letztlich sind die JuNos eine Bottom-Up-Initiative von Studierenden und Nachwuchsneurologen. Und das Fach ist ja sowieso einfach grandios!

Was sind die wichtigsten Projekte der JuNos?

Ossig: Die Summer Schools sind schon eine wichtige Triebfeder der Nachwuchsarbeit. Wir erreichen jedes Jahr rund 150 junge Leute an der Schwelle zu ihrem Berufsstart direkt, die Breitenwirkung ist aber noch viel größer. Das sieht man zum Beispiel daran, dass sich für die Clinical Summer School im März 120 Leute angemeldet hatten ...

Eine besonders schöne Erfahrung bei den Summer Schools ist übrigens auch die Zusammenarbeit mit den Referenten, die alles ehrenamtlich machen, obwohl sie natürlich in ihren Kliniken auch extrem gefordert und eingebunden sind.

7 Was sind Ihre Projekte für die kommenden zwei Jahre?

Ossig: Wir haben in diesem Sommer in der Kerngruppe der Jungen Neurologen Zukunftsprojekte zusammengetragen. Auf der DGN-Tagung werden wir das besprechen und eine Agenda festlegen. Da geht es zum Beispiel um Wissenschaftscoaching, um mehr Famulaturen in Praxen, einer engeren Verzahnung mit der Vorklinik und vieles andere. Was wir dann wie umsetzen werden, entscheiden natürlich alle gemeinsam.

INTERVIEW

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln



Dr. med. Christiana Ossig Nach der Schulzeit in Siegen und Köln Medizinstudium, in Hamburg Promotion am Institut für Neuroanatomie des Universitätsklinikums Hamburg.

Im Dezember 2010 Beginn der Weiterbildung an der Universitätsklinik Dresden bei Professor Reichmann. Nach einem Jahr klinischer Arbeit folgte ein Jahr Forschung zum Thema Transplantation von Stammzellen in einem Parkinson-Tiermodell, gefördert durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (GEROK-Rotation). Seit März 2013 wieder klinische Arbeit.

Die Jungen Neurologen stellen sich vor



Studierende für das Fach Neurologie gewinnen, Netzwerke schaffen, Bedürfnisse identifizieren, Nachwuchskräfte in ihrer Weiterbildung unterstützen und die Faszination des Berufsfeldes Neurologie vermitteln – das sind die Ziele der Jungen Neurologen.

Diese unabhängige, mit viel ehrenamtlichem Engagement betriebene Community ist die Nachwuchsorganisation der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN) sowie dem Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) und besteht aus Medizinstudierenden, Assistenz- und Fachärzten. Die Jungen Neurologen sind kein geschlossener Club, sondern eine offene Initiative, an der sich alle Interessierten beteiligen können.

45 NEUROTRANSMITTER 2013: Sonderheft 1

Zukunft braucht Neurologen

Viel Wissen, viel Spaß – die Summer Schools der Jungen Neurologen

Grundlagenwissen und das Neueste aus dem Fach eine Woche lang spannend und anschaulich nahegebracht – das ist das Konzept der Summer Schools. 2008 haben die Jungen Neurologen mit den Veranstaltungen begonnen, in diesem Jahr liefen deren sechs – in sechs verschiedenen Städten.

etreu dem Motto "Zukunft braucht Neurologen" bringen seit 2008 die Summer School West, Ost, Nord und Süd in Köln, Dresden, Kiel und Tübingen Nachwuchstalente mit erfahrenen Dozenten aus Klinik und Praxis zusammen. Weitere Veranstaltungen sind seit 2012 die Clinical Summer School in Lüneburg und in diesem Jahr erstmals eine Summer School Neurologie in Göttingen. Die jeweils rund 25 Teilnehmer,

in aller Regel fortgeschrittene Studierende und Berufsanfänger, haben die Möglichkeit, Kontakte zu erfahrenen Spezialisten zu knüpfen, Tipps aus langjähriger Praxiserfahrung zu sammeln und unverstandene Zusammenhänge genauer zu erfragen.

Auf dem Programm stehen Überblicksbeiträge zu den großen Themen der Neurologie, praktische Übungen und Erfahrungswissen aus der klinischen Praxis. Die Rückmeldungen der Teilnehmer zeigen dabei immer wieder: Die Referenten schaffen es, das riesige Fachgebiet der Neurologie in einem spannenden wie lehrreichen Abriss verstehbar und interessant zu machen. Angefangen bei Grundlagen neurologischer Untersuchungstechniken erhält der Teilnehmer auch das Wichtigste zur aktueller Forschung und den neuesten klinischen Standards. Dabei kommen auch pathophysiologische Hintergründe zu ausgewählten Schwerpunkten von Bewegungsstörungen, Schlaganfall, Kopfschmerz und vielen anderen Indikationen zur Sprache.



Die einzelnen Summer Schools setzen individuelle Schwerpunkte: In einigen Veranstaltungen teilen sich die Besucher zum Beispiel in Workshops auf. Um den Brückenschlag zwischen Forschung und Klinik zu verbessern, besteht etwa in Tübingen für eine Kleingruppe die Möglichkeit, als Laborgruppe im Hertie-Institut für klinische Hirnforschung Seminare zum neurowissenschaftlichen Arbeiten zu besuchen. Lehrvisiten, Fallvorstellungen und spannende Diskussionen runden die Vorträge zu einem gelungenen Gesamtpaket ab.

Rundum-Betreuung

Doch auch neben der Wissensvermittlung sind die Summer Schools eine rundum durchdachte Veranstaltung, in Göttingen von Professor Paul Lingor, in Tübingen von Dr. Silke Klamer, in Dresden von Dr. Christiana Ossig, in Kiel von Dr. Helge Hellriegel und in Köln von Linnéa Grindegård organisiert. Sie sor-



Die Studenten der Clinical Summer School 2012 in Dresden.

"Referenten aus der Klinik und der niedergelassenen Praxis haben auch in diesem Jahr wieder insgesamt über 150 Nachwuchsärzte und -wissenschaftler in den Summer Schools unterrichtet. 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 dafür wieder einmal ehrenamtlich zur Verfügung standen und nicht nur Lehrer, sondern auch Botschafter für die Neurologie waren."

Dr. med. Christiana Ossig, Sprecherin der Jungen Neurologen und Organisatorin der Summer School in Dresden.

gen nicht nur für das wissenschaftliche Programm, sondern auch für eine nahe und kostengünstige Unterbringung sowie die Verpflegung während der Lernwoche. Die Summer Schools bieten den Interessierten aber auch abends ein abwechslungsreiches Programm: Stadtführungen, Baden und Grillen an der Ostsee, gemeinsames Essengehen oder Bootsfahrten auf dem Neckar stehen auf den Programmen. So ist ein ideales Umfeld geschaffen, dass neben der Wissensvermittlung Platz zum gegenseitigen Kennenlernen und zum Erfahrungsaustausch lässt.

AUTOR

Thomas Ihl, Berlin

Teilnehmer der Summer School 2012 in Dresden

Wie kann man teilnehmen?

Wer jetzt Lust auf mehr bekommen hat, kann sich auf der Junge Neurologen-Homepage über die Programme in den einzelnen Städten und die Bewerbung informieren: www.junge-neurologen.de, dann den großen Summer-School-Banner anklicken.

120 Bewerber aber nur 24 Plätze: Die Clinical Summer School ist beliebt

🗖 nde Februar fand in Lüneburg und anschließend in verschiedenen nordund westdeutschen Kliniken zum zweiten Mal die Clinical Summer School Neurologie statt, federführend organisiert von Professor Henning Henningsen, Lüneburg, und mir. Fünf weitere Chefärzte aus Oldenburg, Gummersbach, Osnabrück, Lemgo und Meppen waren als Dozenten beteiligt. Über 120 Studierende hatten sich beworben, 24 von ihnen konnten teilnehmen.

Die Finanzierung der Veranstaltung erfolgte durch die beteiligten Kliniken und deren Drittmittel, die organisatorische Unterstützung durch die Berufsverbände BDN und BVDN sowie durch die DGN-Geschäftsstelle. Die Teilnehmer waren zwischen dem siebenten und zehnten Semester, fünf von ihnen waren schon im praktischen Jahr (PJ). Rund die Hälfte hatte neurologische Vorerfahrung durch Famulaturen, Dissertationen oder PI. Eine Minderheit hatte sich bereits zu einer Tätigkeit in der Neurologie entschieden, die meisten wollten die Summer School nutzen, um die Neurologie besser kennenzulernen.

Die ersten drei Tage der Summer School fanden mit gemeinsamen Mahlzeiten in einem Tagungsraum der Jugendherberge Lüneburg statt. Wechselnde Referenten gaben einen Überblick über die wichtigsten Gebiete der klinischen Neurologie, eingeleitet durch Impulsreferate, warum die klinische Neu-

Die Studenten der Clinical Summer School 2013 in Lüneburg mit den Organisatoren.



rologie so spannend ist. Die meisten Vorträge waren kasuistisch orientiert, mit vielen eindrucksvollen Beispielen aus der Praxis. Darüber hinaus gab es Vorträge über den Tellerrand hinaus, zum Beispiel zur "Faszination Gehirn", "Plastizität", "Multitasking" und Resilienzstrategien bei schweren neurologischen Erkrankungen. Die Tage wurden intensiv genutzt für lebhafte Diskussionen zwischen Dozenten und Studenten, die beim gemeinsamen Abendessen im historischen Braurestaurant Mälzer in der Lüneburger Altstadt fortgesetzt wurden.

Inklusive Unterricht am Krankenbett

An zwei Tagen reisten die Studierenden in Vierergruppen mit den einzelnen Chefärzten zu deren Kliniken und erhielten dort Einblicke in die praktische Neurologie: Untersuchungskurs, Unterricht am Krankenbett, Fallvorstellungen durch die Studenten, Hospitation auf der Stroke Unit, in den neurologischen Funktionslabors, der Neuroradiologie und Neurochirurgie sowie in der Notaufnahme standen auf dem Programm.

Das Echo der Teilnehmer in den Evaluationsbögen war überwältigend positiv: Elf von ihnen fühlten sich durch die Clinical Summer School überzeugt beziehungsweise bestärkt, beruflich in die Neurologie zu gehen, fünf weitere waren schon überzeugt aufgrund positiver Erfahrungen in Vorlesung, U-Kurs oder PJ. Alle gaben an, insbesondere durch die vielen videobasierten Fallbeispiele deutlich mehr praktische Einblicke in die klinische Neurologie gewonnen zu haben. Es seien Inhalte vermittelt worden, die in keinem Lehrbuch zu finden seien und die Veranstaltung stets spannend gehalten haben. Die Gruppengröße wurde als ideal bewertet und die vielfältigen Möglichkeiten zum persönlichen Austausch mit den Dozenten wurden sehr geschätzt.

AUTOR

Prof. Dr. med. Wolfgang Heide, Celle

DGN-Kongress 2013

Wo muss ich hin? – Medizin und mehr für kluge Köpfe



Die "Jungen Neurologen" haben 2013 ihr bislang umfangreichstes Programm auf einer DGN-Tagung zusammengestellt. Im Mittelpunkt stehen Einführungen in die klinische Praxis ("state of the art") mit vielen hochkarätigen Experten, das Thema "Karriere in der Forschung" zusammen mit der Deutschen Forschungsgemeinschaft und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Hier ein Überblick der Veranstaltungen.

Wissen erweitern, Erfahrungen austauschen, junge und alte Kollegen kennenlernen sowie Ideen für Forschungsprojekte sammeln – der jährliche DGN-Kongress ist für Medizinstudierende, PJler und Assistenzärzte eine wichtige Plattform für den Start in die Neurologie. Daher sind die "Jungen Neurologen" (JuNos) als Nachwuchsorganisation in Dresden mit einem umfangreichen eigenen Vortragsund Workshop-Programm vertreten (im DGN(forum (Halle 1.3.).

Lassen Sie sich vom Kongressguide führen

Bei der Fülle an Veranstaltungen und Beiträgen ist es für Studierende und junge Ärzte oft schwierig, das wirklich Spannende zu finden. Die JuNos haben eine Vorauswahl getroffen und informieren die Neurologieneulinge am 19. und 20. September jeweils von 9.00 bis 10.00 Uhr über die spannendsten Termine auf dem DGN-Kongress 2013, geben Tipps, wie die Restplatzbörse funktioniert und wie man seine Kongresszeit optimal ausnutzt. Wer sich fragt: "Wo soll ich heute hin?" – der findet hier kompetente Antworten, Insidertipps inklusive.

Begleitete Postersession

Die JuNo-Postersession eignet sich gut zum Einstieg in die Welt der Wissenschaft. Drei junge DGN-Posterpreisträger von 2012 werden diesmal auf der anderen Seite stehen und als "Posterchairs" durch die spannendsten Poster des DGN-Kongresses leiten. Ziel ist, eine ungezwungene Diskussionsrunde zu schaffen und ohne Befangenheit Fragen zum Poster stellen zu können. Studierende und junge Ärzte können sich so auf die eigene künftige Postervorführung vorbereiten oder einfach einen Überblick über die interessantesten Poster aus allen Themengebieten bekommen.



"JuNos International"

Die Jungen Neurologen sind international vernetzt. In der Veranstaltung "JuNos International" werden Insider-Tipps zu Auslandsaufenthalten aller Art geteilt. Insbesondere verraten die Referenten, wie man sich am besten eine geeignete Klinik oder Forschungsstätte im Ausland sucht und welche Unterstützung es zur Finanzierung gibt. Des Weiteren werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie man sich als Student oder Arzt bei den europäischen und internationalen jungen Neurologen beteiligen kann, um regelmäßig europäische Kongresse mit zu organisieren und viele engagierte Kollegen aus ganz Europa kennenzulernen.

Principles and practice of clinical research

Ein Gemeinschaftsprojekt zwischen der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden und der Harvard Medical School wird Dr. Timo Siepmann aus Dresden vorstellen. Harvard-Dozenten stellen über das Internet die Methoden klinischer Forschung dar. Dabei erarbeiten die Referenten interaktiv mit den Teilnehmern zum Beispiel folgende Themenbereiche: Wie konzipie-

re ich eine klinische Studie? Wann wende ich welchen statistischen Test an? Was ist beim Publizieren zu beachten? Siepmanns Vortrag auf der DGN-Tagung gibt einen Überblick über diese internationale Veranstaltung.

"Ethik in der Medizin" mit Professor Karl Max Einhäupl

Ein weiteres Highlight des diesjährigen JuNo-Programms ist der Vortrag des Vorstandsvorsitzenden der Charité und ehemaligen Vorsitzenden des Wissenschaftsrates, Professor Max Einhäupl, Berlin. Nach einer Einführung in das Thema wird Einhäupl mit den Zuhörern ethische Fragen in der Medizin diskutieren.

State of the art – von Koryphäen

Ursprünglich lautete diese Veranstaltung "Wie überlebe ich meinen ersten Nachtdienst?!" Erfahrene Neurologen geben Studierenden und Berufseinsteigern einen Überblick über die wichtigsten neurologischen Erkrankungen. Bei der Weiterentwicklung dieser erfolgreichen Veranstaltung geht es nicht um die Wiederholung des Lehrbuchwissens, sondern um praktische Anleitungen und Tipps, wie junge Neurologen (und solche, die es werden wollen) etwa in der Notfallambulanz vorgehen sollten. Was mache ich mit einem Parkinson-Patienten in der akinetischen Krise? Wie behandle ich einen Patienten mit generalisiertem Krampfanfall? Und was kann eigentlich alles hinter "Schwindel" stecken? Ein Leitfaden für jeden Jungneurologen! (19. September, Teil 1: Epilepsie, Kopfschmerz, Schlaganfall; Freitag, 20. September, Teil 2: Bewegungsstörungen, MS, Schwindel)

Treffen der Generationen -Erfahrungen teilen

Familie und Beruf, Wissenschaft und Freizeit - es ist bekanntlich oft schwierig, alles unter einen Hut zu bringen. Die Jungen Neurologen haben Leute eingeladen, die es tagtäglich schaffen, ihren Weg im Berufsdschungel zu finden und gleichzeitig die Work-Life-Balance zu halten - und die ihre Erfahrungen gerne mit den zukünftigen Kollegen teilen.

Spotlight 2013: Höhepunkte des Wissenschaftlichen Programms

Die Jungen Neurologen freuen sich aud die in diesem Jahr zum ersten Mal stattfindende Veranstaltung mit dem Kongresspräsidenten Professor Dr. Heinz Reichmann und dem Kongresssekretär Professor Dr. Alexander Storch. In drei Themenblöcken geht es um die wissenschaftlichen Highlights des Posterprogramms: Grundlagenforschung - Bildgebung - klinische Forschung. Der scheidende JuNo-Sprecher Dr. Helge Hellriegel aus Kiel leitet die Veranstaltung mit.

DFG und die Jungen Neurologen -Intensive Förderung

Das wissenschaftliche Highlight des diesjährigen Programms der Jungen Neurologen ist die gemeinsame Veranstaltung mit der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG). Spannende Vorträge zu Themen wie "Förderungsmöglichkeiten der DFG", "Klinische Forschung", sowie "Grundlagenforschung und Translation" stehen auf dem Programm. Neben den Vorträgen ist aber auch der direkte Kontakt und Austausch zwischen Nachwuchswissenschaftlern und DFG-Vertretern besonders wichtig! Daher haben Junge Neurologen und DFG Zeit und Räume für Einzelgespräche eingeplant. Unbedingt vormerken!

Speed-Dating für Nachwuchsneurologen und Chefärzte

Eine unkonventionelle Gelegenheit zum Networking für Repräsentanten aus Forschung und Kliniken und Nachwuchs-



Neurologen, speziell PJ-Studierende beziehungsweise frisch approbierte Kolleginnen und Kollegen, bietet die neue Speed-Dating-Aktion, organisiert von den Jungen Neurologen und der DGN. Wer passt in welches Team? Wie sehen die Weiterbildungsprogramme oder die Schlüsselqualifikationen aus? Welcher Weg führt in die Forschung? Wer ist sich spontan sympathisch? Im Gespräch können sich beide Seiten gegenseitig auf den Zahn fühlen und ihre Erwartungen abgleichen - von A wie Arbeitsbedingungen über W wie Wissenschaft bis Z wie Zusatzqualifikationen. "Damit bieten wir eine unkonventionelle Gelegenheit zum Networking zwischen Experten und Nachwuchsneurologen", erläutert Dr. Lorenz Müller aus dem Organisationsteam der Jungen Neurologen. Die Gespräche sind zeitlich begrenzt, nach wenigen Minuten wird rotiert. Inhaltlich wird es zwei Runden geben: Runde eins dreht sich um das Thema "Karriere in

Anzeige

Hier steht eine Anzeige.





Impressionen von JuNo-Veranstaltungen des DGN 2012 in Hamburg. Links: Loungebereich für informelle Gespräche, hier mit DGN-Geschäftsführer Dr. Thomas Thiekötter (links). Rechts: Am Abend trafen sich zum ersten Mal die DGN-Stipendiaten zum JuNo Social Club in der Bar "Die Herren Simpel".

der Klinik", in Runde zwei gibt es ein "Science Speed-Dating" für Nachwuchsforscher in Kooperation mit der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Ziel der Veranstaltung ist, dass sich Chefärzte,

Klinik- und Personalvertreter sowie angehende PJler und frisch approbierte Ärzte persönlich kennenlernen können - und zwar auf eine effiziente Weise dort, wo sich die meisten Neurologen und



cirquedesprit / Fotolia.com

Veranstaltungen der Jungen Neurologen auf dem DGN-Kongress

Mittwoch, 18. September 2013

ab 19.00 Uhr

Junge Neurologen Social Club im Carolaschlösschen, Dresden

Donnerstag, 19. September 2013

9.00 – 10.00 Uhr Kongress Guide

10.00 - 11.00 Uhr

Vortrag und Diskussion

Principles and Practice of Clinical Research,

Kooperation mit Harvard Medical School

Vorsitz: T. Siepmann

Parallel: JuNos Postersession

(in der Posterausstellung)

13.30 - 14 Uhr

JuNos International

14.00 - 15.00 Uhr

Vortrag und Diskussion

Ethik in der Medizin

mit K. M. Einhäupl

15.00 - 17.00 Uhr

State of the Art für Berufseinsteiger Teil I

Epilepsie: C. Elger, Bonn

Schlaganfall: J. Roether, Hamburg

Kopfschmerz: H. C. Diener, Essen

Vorsitz: H. Hellriegel

17.00 - 19.00 Uhr

Treffen der Generationen – Können wir die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Neurologie gemeinsam gestalten? Oder: Warum die Neurologie für die Work-Life-Balance gut ist

Freitag, 20. September 2013

9.00 - 10.00 Uhr Kongress Guide

10.00 - 12.00 Uhr

Spotlight 2013: Highlights aus dem wissenschaftlichen Programm

Vorsitz: A. Storch, H. Hellriegel

in Halle 3 Ost

12.00 - 14.00 Uhr

Meet & Greet: SpeedDating für Chefs und Nachwuchs-Neurologen in Klinik

und Wissenschaft

im Saal Straßburg

14.00-16.00 Uhr

State of the Art für Berufseinsteiger

Teil II

16.00 - 18.00 Uhr

"Forschungsblock"

Junos und Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG): Karriere in Klinik und Forschung

Wenn nicht anders angegeben alle Veranstaltungen im DGN(forum, Halle 1.3, im JuNo-Classroom

Nachwuchskräfte treffen: auf dem Kongress der DGN.

Details zum Ablauf auf www.jungeneurologen.de, www.dgn.org und auf www.stellenmarkt-neurologie.de. Telefonische Rückfragen unter 089 46148624. Es sind noch Plätze frei!

Junge Neurologen Social Club

Nicht zu vergessen: Der Junge Neurologen Social Club! Informelles Get-together außerhalb des Kongressgeländes im Carolaschlösschen, Dresden. Hier können zum Auftakt und Einstimmen erste Kontakte geknüpft und ausgebaut werden.

AUTOREN

Dr. med. Christiana Ossig, Dresden Xenia Kobeleva, Hannover Sandra Wilcken, München Dr. med. Lorenz Müller, Rostock Felix Bernhard, Tübingen Anselm Angermaier, Greifswald

Exzellente Nachwuchsförderung

Im Idealfall der Beginn einer wunderbaren Freundschaft

Das Mentorenprogramm der Jungen Neurologen hat sich seit dem Start 2011 zu einer wichtigen Säule der Nachwuchsarbeit mit Breitenwirkung entwickelt.

S eit 2011 haben die Jungen Neurologen und die DGN jedes Jahr zehn bis fünfzehn neue Mentees und Mentoren in das Mentorenprogramm aufgenommen. Die Grundidee des Programms ist, jungen Assistenzärzten und begabten Studierenden berufliche Orientierungsund Entwicklungshilfen durch einen erfahrenen Arzt oder Wissenschaftler zu bieten. Gerade Berufsanfängern kann es schwer fallen, sich in der klinischen und akademischen Arbeitswelt zurechtzufinden und die richtigen Weichen für ihre berufliche Laufbahn zu stellen. Die Erfahrung älterer Ärzte kann besonders wertvoll sein. Die Mentoren sind daher Chefärzte, Ordinarien oder Praxisinhaber. Sie sind in der klinischen Neurologie, aber auch in der Wissenschaft ausgezeichnet vernetzt und können ihren Mentees strategische Hinweise geben und Kontakte vermitteln.

Das Mentoring erfolgt bei persönlichen Treffen, welche halbjährlich stattfinden. Förderer und junge Ärzte können sich bei der DGN für das Programm bewerben. Bei der Zuordnung wird die räumliche Nähe von Mentor und Mentee berücksichtigt. Fachliche Präferenzen, Alter, Geschlecht oder Religion spielen hierbei keine Rolle. Ein Ziel des Mentorings ist explizit auch die Förderung junger Kolleginnen.

Die Mentorbeziehung soll jedoch nicht von rein geschäftlicher Qualität sein. Im Idealfall entwickelt sich zwischen Mentor und Mentee eine persönliche vertraute Beziehung. Auch für den Mentor ist diese Beziehung dann eine Bereicherung.

Losgelöst vom beruflichen Alltag

Doch welchen Sinn hat eine externe Förderung, wenn junge Ärzte bereits an ih-

rem Arbeitsplatz unter der Supervision eines erfahrenen Kollegen - zum Beispiel ihres Oberarztes - stehen? Das Mentorenprogramm soll und kann kein Ersatz für die Arbeitsbeziehung vor Ort sein - und es soll natürlich auch keine Konkurrenz zu dieser darstellen. Vielmehr soll es die Förderung der jungen Ärzte um eine Komponente erweitern. Die Mentorenbeziehung ist daher losgelöst vom beruflichen Alltag und inneren Arbeitsangelegenheiten. Mentee und Mentor können Probleme in einem persönlichen und vertraulichen Rahmen besprechen. Die Mentoren sind zum Stillschweigen verpflichtet und Abwerbungsversuche sind untersagt.

Die vorläufigen Ergebnisse einer Evaluation des Mentorenprogramms zeigen

die positive Rezeption: Sechs der bislang acht eingegangenen Bewertungen durch Mentoren geben dem Programm eine Schulnote "Zwei" oder "Eins". Auch von den Mentees wird die Initiative vielfach positiv angenommen. Fünf der bislang sieben eingegangenen Bewertungen haben das Programm als eine sinnvolle Initiative begrüßt.

Weitere Informationen zum Mentorenprogramm und eine Übersicht über die Bewerbungsmodalitäten finden Sie unter: www.junge-neurologen.de/mentorenprogramm.

AUTOREN

Dr. med. Haidar Dafsari, Köln Dr. med. Arne Hillienhof, Köln



MentorInnen helfen BerufsanfängerInnen, sich in der klinischen und akademischen Arbeitswelt zurechtzufinden und die richtigen Weichen für ihre berufliche Laufbahn zu stellen.

"Dein Tag in der Neurologie"

Real Life für Studenten – Chance für Kliniken

Weiterhin beliebt ist die 2010 ins Leben gerufene Aktion "Dein Tag in der Neurologie". Studierende gewinnen so einen Einblick in die Arbeit des Krankenhauses. Kliniken haben die Gelegenheit, sich als künftiger Arbeitgeber vorzustellen.

Was erwartet mich in der Facharztausbildung zum Neurologen? Wie sieht der Alltag auf einer neurologischen Station aus? Antworten auf diese und weitere Fragen erhalten Medizinstudenten bei "Dein Tag in der Neurologie". Kliniken laden acht bis zehn Studierende ein und gestalten mit ihnen einen Praxistag mit Übungen am Krankenbett, Diskussionen und nicht zuletzt einer Vorstellung der Klinik. Interessierte finden Informationen zum Ablauf und

Erfahrungen von Kliniken und Teilnehmern auf der Website der Jungen Neurologen (www.junge-neurologen.de).

Kliniken, die Nachwuchskräfte suchen und Medizinstudenten für die Neurologie begeistern möchten, werden bei der Organisation eines "Tags in der Neurologie" von den Jungen Neurologen mit Rat und Tat unterstützt. Eine neurologische Abteilung kann Studierende einer benachbarten medizinischen Fakultät einladen, die Fahrtkos-

ten übernimmt die ausrichtende Klinik. Zur Bekanntmachung des Kliniktages stellen die Jungen Neurologen Plakate und Postkarten zur Verfügung und vermitteln den Kontakt zur entsprechenden Fachschaft.

AUTOR

Adnan Labedi, St- Josef Hospital, Klinikum der Ruhr-Universität Bochum



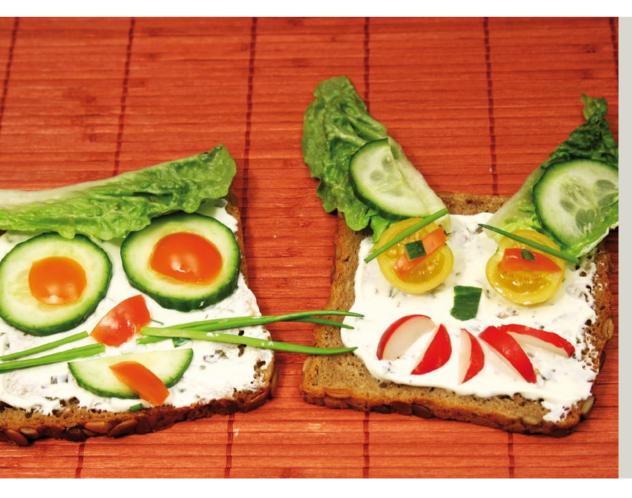
Kardio- und neurovaskuläre Primärprävention

Ernährung ist auch ein Thema für Neurologen

Die World Health Organization (WHO) macht in ihrem Bericht "Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases" [1] kardiovaskuläre Erkrankungen und deren Folgen für ein Drittel aller Todesfälle verantwortlich. Dabei handelt es sich um multifaktorelle Erkrankungen, die nicht unmittelbar in Erscheinung treten, sondern erst nach mehrjähriger Verzögerung. Nach heutigen Erkenntnissen sind sie stets auch als Ergebnis langjähriger (Fehl-) Ernährung zu sehen. Neurologen in Praxis und Klinik könnten in interdisziplinären Teams auch mit Ökotrophologen einen wichtigen Beitrag zur Primärprävention leisten. REGINA FISCHER, GREVENBROICH

Derzeit werden in den meisten Praxen und Kliniken überwiegend die Patienten behandelt, die bereits mit Symptomen wie Übergewicht, Hyperlipoproteinämie etc. erscheinen. Eine Beratung zur Primärprävention sollte aber eigentlich schon bei jungen Patienten erfolgen, um das Ausmaß der Schäden rechtzeitig zu minimieren und das Gesundheitssystem zu entlasten.

Das Risiko für Herz- und Gefäßerkrankungen lässt sich durch eine recht-



Gefäßprotektion durch Ernährung sollte im Kindesalter beginnen. Das klappt eher, wenn's schmeckt und Spaß macht!

intra / Fotolia.com

zeitige interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten, Ökotrophologen und Sportwissenschaftlern senken und kann darüber hinaus die Lebensqualität des Patienten steigern.

Kardiovaskuläre Risikofaktoren

Für die Entstehung von kardiovaskulären Krankheiten konnten mehrere Risikofaktoren etabliert werden. Hierzu gehören nicht beeinflussbare wie das Alter, das Geschlecht und eine positive Familienanamnese. Die Ernährung und der Lebensstil zählen dagegen zu den beeinflussbaren Faktoren: eine fett-, kalorienreiche und ballaststoffarme Kost, ein hoher Alkoholkonsum in Kombination mit einer geringen körperlichen Aktivität, Übergewicht, Hypertonie, Diabetes mellitus, Dyslipoproteinämie und Nikotinkonsum [2, 3].

Zur Beurteilung des Gesamtrisikos für kardiovaskuläre Erkrankungen kann mit dem PROCAM(Prospective Cardiovascular Münster)-Algorithmus oder der Risikotabelle für die deutsche Bevölkerung "SCORE-Deutschland" gearbeitet werden. Im Gegensatz zu PROCAM wird die SCORE-Tabelle zur Primärprävention eingesetzt und kann zusätzlich das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen einschließlich Schlaganfällen anzeigen. Zur sicheren Risikoabschätzung sollte diese Methode in den Arztpraxen an Bedeutung gewinnen [4].

Früh übt sich

Mit der Prävention gegenüber Herz-Kreislauf-Erkrankungen sollte rechtzeitig begonnen werden. In der PDAY (Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth)-Studie zeigten sich anhand von 3.000 Autopsien von Personen im Alter zwischen 15 und 34 Jahren deutliche Hinweise darauf, dass mit zunehmender Körperfettmasse bereits im Kindesalter atherosklerotische Läsionen entstehen. Atherome und Fettstreifen waren bei jungen Männern mit einem Body Mass Index (BMI) > 30 kg/m² zweibis dreimal häufiger anzutreffen als bei denjenigen mit einem BMI < 25 kg/m². Somit lässt sich vermuten, dass junge adipöse Personen ein signifikant höheres Risiko aufweisen, an Atherosklerose zu erkranken, als junge Erwachsene mit Normalgewicht [3].

Ernährung zählt!

Es gilt als gesichert, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu den ernährungsabhängigen Erkrankungen gehören [1]. Mithilfe der Ernährungsumstellung kann das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen um etwa 30% reduziert werden [3]. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung bestätigt, dass die Evidenz für eine primäre Prävention der koronaren Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufgrund unterschiedlicher Studien überzeugend ist [6].

Folgende Empfehlungen gelten in der Ernährungsberatung zur Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen:

Energieaufnahme erheben

Die individuelle Kalorienmenge sollte ermittelt werden. Bei bestehendem Übergewicht sollte der Patient eine Reduktionskost erhalten, um das Normalgewicht (Körpergröße in cm - 100) beziehungsweise einen BMI < 25 kg/m² zu erreichen [5].

Weniger und andere Fette

Eine fettarme Kost mit einem geringen Anteil an gesättigten Fettsäuren (10 % der Gesamtkalorienmenge) ist anzustreben. Die Gesamtfettaufnahme sollte 30 % der täglichen Kalorienmenge nicht übersteigen [3]. Hierbei ist auch auf versteckte Fette, wie sie in Wurst, Käse, Gebäck und Fertiggerichten vorkommen, zu achten. Die Gesamtcholesterinaufnahme mit der Nahrung sollte unter 300 mg/d liegen. Damit dies gelingt, sollten Fleisch und Wurstwaren nicht täglich konsumiert werden [5]. Positiv wirkt sich eine Kost mit Omega-3-Fettsäuren aus, die 1 % der täglichen Kalorienaufnahme ausmachen sollten. Eine Nahrungsquelle hierfür sind besonders die fettreichen Seefische. Zugunsten der Blutfettwerte sollten die gesättigten Fettsäuren gegen einfachund mehrfach ungesättigte Fettsäuren ausgetauscht werden [3].

Transfettsäuren reduzieren

Es ließ sich ein signifikanter Zusammenhang in zahlreichen Studien (Seven Countries Study, Nurses Health Study, Framingham Follow-Up-Study) zwischen einer erhöhten Aufnahme von Transfettsäuren und dem Anstieg eines Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen feststellen [6]. Transfettsäuren entstehen auf unterschiedlichste Weise in Lebensmitteln tierischer Herkunft. Sie werden einerseits durch Bakterien im Pansen von Wiederkäuern gebildet und sind im Milchfett, Fleisch und Fleischprodukten anzutreffen. Darüber hinaus entstehen Transfettsäuren bei der chemischen Härtung von festen oder halbfesten Fetten und sind daher auch in Margarinen oder Backfetten zu finden. Zu berücksichtigen ist, dass sich Transfettsäuren beim starken Erhitzen von Ölen bilden können. In Fertiggerichten wie Pommes frites oder Tütensuppen und Backwaren (Plätzchen, Waffeln, Kuchen, Zwieback) variiert der Gehalt an Transfettsäuren erheblich (1-30% des Gesamtfettes) und ist abhängig von der Art des verwendeten Fetts.

Transfettsäuren führen nicht nur zu einem erhöhten LDL(Low Density Lipoprotein)-Cholesterinspiegel, sondern senken gleichzeitig das HDL(High Density Lipoprotein)-Cholesterin im Serum. Daher können die Transfettsäuren als Risikofaktor für die Entstehung von koronaren Herzkrankheiten angesehen werden [7]. Bei täglicher Aufnahme von 5 g Transfettsäuren steigt das Risiko für einen Myokardinfarkt um 25 % [3].

Der Klient muss in der Ernährungsberatung darüber informiert werden, welche Produkte von Natur aus reich an Transfettsäuren sind und welche Lebensmittel zugesetzte Transfettsäuren enthalten. Darüber hinaus sollte auf die Lebensmittelkennzeichnungsverordnung (Anlage 1 zu § 6 Abs. 4 Nr. 1) hingewiesen werden. Gemäß der Verordnung müssen gehärtete Fette und Öle auch mit der Bezeichnung "gehärtet" kenntlich gemacht werden [8].

Mehr komplexe Kohlenhydrate

Kohlenhydrate sollten den Hauptenergieanteil mit etwa 50-55 % der Gesamtenergiemenge ausmachen. Dabei sind komplexe Kohlenhydrate mit einem hohen Vollkornanteil zu bevorzugen. Eine kohlenhydratbetonte Kost reich an raffinierten Kohlenhydraten und Süßigkeiten führt zur Zunahme der Triglyceridwerte [3].

Einen positiven Effekt üben Ballaststoffe aus. Daher sollte ihr Anteil über 20 g/d liegen [3]. Sowohl lösliche als auch

59 NeuroTransmitter 2013; Sonderheft 1

Tabelle 1 Ernährungsempfehlung zur Primär- oder Sekundärprävention bei Herz- und Gefäßerkrankungen (nach [3])				
Evidenzklasse	Ernährung/Maßnahmen			
la	Kaloriengerecht > 20 g Ballaststoffen/d < 10 % der Kalorien gesättigte Fettsäuren < 300 mg Nahrungscholesterin hoher Anteil an ein- oder mehrfach ungesättigten Fettsäuren hoher Anteil an Omega-3-Fettsäuren			
Ib	Durchführung von Kocheinheiten mit Einbezug der Lebenspartner Ernährungsschulung während rehabilitativer Maßnahmen			
Ic	Individuelle Ernährungsberatung bei Fehlernährung Einbezug des Lebenspartners bei Beratungen			

unlösliche Ballaststoffe verringern mit wahrscheinlicher Evidenz das Risiko für koronare Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Zellulose- und Hemizellulose-Ballaststoffe werden der Gruppe der unlöslichen Ballaststoffe zugeordnet. Bakteriell werden Ballaststoffe dieser Gruppe kaum abgebaut und zum größten Anteil mit dem Stuhl ausgeschieden. Die wasserlöslichen Ballaststoffe, die sich in Pflanzen und Obst wiederfinden, werden zum größten Teil bereits durch die Darmflora abgebaut [9]. Eine gepoolte Auswertung von zehn prospektiven Kohortenstudien zeigte, dass lösliche Ballaststoffe eine stärkere kardiovaskulär protektive Wirkung haben als unlösliche (Pereira MA et al. 2004, zitiert nach [10]). In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung wird eine gesteigerte Aufnahme von Ballaststoffen als Mittel zur Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausdrücklich vorgeschlagen [10].

Pflanzliche Proteine gefragt

Der Eiweißanteil sollte bei 15 % der Gesamtenergie liegen. Um diesen Bedarf abzudecken, sollten vorrangig einweißreiche pflanzliche Lebensmittel (Nüsse, Hülsenfrüchte) oder Fisch verzehrt werden. Auch bei Fleisch sollte die Auswahl auf helle Fleischsorten wie Geflügel anstelle von dunklem, fettreichem Fleisch fallen. Die Sojabohne hat einen besonders günstigen Effekt auf das kardiovaskuläre Erkrankungsrisiko: Sie führt zur Senkung des Gesamtcholesterins, des

LDL-Cholesterins und der Triglyceride um etwa 10% und bewirkt gleichzeitig einen Anstieg des HDL-Cholesterins um ungefähr 4% [3].

Alkohol in Maßen

Immer mehr Patienten wollen wissen, ob ein Glas Wein oder eine Flasche Bier erlaubt ist. Ein moderater Alkoholkonsum von etwa 15 g Alkohol/d übt keinen negativen Effekt auf das Gesamtrisiko aus [5]. Einige Studien belegen, dass ein mäßiger Alkoholkonsum eventuell das kardiovaskuläre Risiko verringern kann. Der positive Effekt ist allerdings zum Teil dadurch bedingt, dass Personen aus einer höheren Sozialschicht mit einem auch sonst tendenziell gesünderen Lebensstil einen moderaten Alkoholkonsum praktizieren [11]. Das Risiko für Herz-, aber auch Gefäßerkrankungen steigt jedenfalls mit einem hohen Alkoholkonsum an. Die konkreten Empfehlungen bezüglich des Alkoholkonsums lauten aktuell: unter 30 g/d bei Männern, unter 20 g/d bei Frauen. Zu bedenken ist außerdem der relativ hohe Kalorienanteil des Alkohols [3].

Vegetarier machen es vor

Eine vegetarische Ernährungsweise beachtet die hier aufgeführten Punkte. Sie liefert durch den Fleischverzicht nicht nur weniger tierische und gesättigte Fette, sondern ist gleichzeitig reich an komplexen Kohlenhydraten und Ballaststoffen. Dank eines hohen Wasseranteils im Gemüse ist diese Ernährungsweise zu-

dem in der Regel kalorienarm und durch pflanzliche Lebensmittel wie Nüsse und Pflanzenöle reich an ungesättigten Fettsäuren. In einer zwölfjährigen prospektiven Studie war die Mortalitätsrate für ischämische Herzkrankheiten bei Vegetariern signifikant geringer (28 %) als bei Fleisch essenden Probanden (51 %) [12].

Alternative Mittelmeerküche

Eine weitere alternative Ernährungsform stellt die Mittelmeerdiät dar. In Studien konnte der positive Effekt für Herz- und Gefäßkrankheiten nachgewiesen werden. Gekennzeichnet ist die traditionelle Mittelmeerdiät durch den Verzehr von Olivenöl (reich an einfach ungesättigten Fettsäuren), Hülsenfrüchten, Vollkornprodukten sowie reichlich Obst und Gemüse (welche eine gute Versorgung an Mikronährstoffen sicherstellen). Zudem stehen Fisch und fettarme Milchprodukte, Geflügelfleisch und Nüsse auf dem Speiseplan. Rotes Fleisch und Süßigkeiten werden selten verzehrt [13]. Bevorzugt werden regionale und saisonale Lebensmittel verwendet, die meist frisch zubereitet werden [14]. Das hat den Vorteil, dass hochwertige Pflanzenöle und weniger gesättigte und gehärtete Fette konsumiert werden. Die Mittelmeerküche bietet durch das reichhaltige Angebot an Hülsenfrüchten, Geflügel, Fisch und Nüssen wertvolles Eiweiß ohne die nachteiligen gesättigten Fettsäuren zu liefern [3].

Bewegung ist wichtig

Neben der Ernährungsumstellung trägt auch der eigene Lebensstil zur Prophylaxe bei. Das Herz-Kreislauf-Risiko kann um 15 % reduziert werden, wenn 1,5 Stunden pro Woche eine mäßige sportliche Aktivität hinzugezogen wird. Alltagsaktivitäten sollten für den Patienten zur Gewohnheit werden, beispielsweise sollten Treppen statt Aufzug genommen werden. Der Patient sollte sich dabei an seine persönliche Leistungsgrenze herantasten, aber die üblichen Regeln beachten. So sollten die sportlichen Aktivitäten eine parallele Unterhaltung noch möglich machen [5].

Antioxidantien

In einer randomisierten Studie mit 20.536 Probanden zwischen 40 und 80

60

Jahren wurde die Wirkung von Antioxidantien auf kardiovaskuläre Endpunkte untersucht. Die eine Hälfte der Probanden erhielt täglich eine Mischung aus 600 mg Vitamin E, 250 mg Vitamin C und 20 mg β-Carotin, die andere Placebo. Die Mortalität in der Placebogruppe lag bei 13,5 %, in der Vitamingruppe bei 14,1 % - nach dieser Studie hat die Supplementation dieser Antioxidantien weder positive, noch negative Einflüsse auf den Verlauf von kardiovaskulären Krankheiten [15]. Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislauferkrankungen rät sogar ausdrücklich von einer Supplementierung mit hochdosierten Antioxidantien und Vitaminen ab [11], da ein Verdacht besteht, dass das Risiko für einige Krebserkrankungen steigt [3]. Bei einer oralen Aufnahme von Antioxidantien und Vitaminen durch natürliche Lebensmittel bestehen jedoch keine Einwände [11]. Eine Lebensmittelauswahl, die reich an Antioxidantien wie Flavonoiden (Tee, rotem Traubensaft) ist, verbessert zudem die Endothelfunktion bei Menschen mit Gefäßerkrankungen [3].

Relevanz für die Praxis

Es ist bekannt, dass eine hyperkalorische Ernährung in Zusammenhang mit einer geringen körperlichen Aktivität zur Förderung von ernährungsabhängigen Erkrankungen wie Herz- und Gefäßkrankheiten führt. Zur Entlastung des Gesundheitssystems sollte eine gezielte Ernährungsaufklärung bereits im Kindesalter erfolgen. Um sich vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu schützen, bestätigen zahlreiche Studien, dass eine gesunde Ernährung, zum Beispiel nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, vorbeugende Wirkungen hat. Dabei muss der Patient keine strikte und einseitige Diät einhalten. Die Ernährung nach der traditionellen Mittelmeerküche wirkt sich positiv auf das Herz und die Blutgefäße aus. Demnach sollte die Kost reich an komplexen Kohlenhydraten und von Natur aus kalorienarmen Lebensmitteln wie Obst und Gemüse bestehen. Magere und pflanzliche Eiweißträger sind gegenüber fettreichen und tierischen Eiweißlieferanten zu bevorzugen, hier stellen insbesondere Hülsenfrüchte, Nüsse und Fische eine geeignete Alternative dar. Backwaren, Süßigkeiten, aber auch Fertiggerichte sollten insbesondere wegen der enthaltenen Transfettsäuren gemieden werden, denn diese üben einen doppelt negativen Einfluss aus, indem Sie das LDL-Cholesterin anheben und das HDL-Cholesterin senken. Infolge dessen sollten gesättigte und insbesondere Lebensmitteln mit Transfettsäuren möglichst durch einfach- und mehrfach ungesättigte Fettsäuren ersetzt werden.

Der Einfluss einer frühzeitigen Ernährungsberatung sollte nicht unterschätzt werden. Zur Senkung des kardiovaskulären Risikos sollten folgende Punkte in der Beratung Beachtung finden:

- _kaloriengerechte Ernährung,
- _ballaststoffreiche Kost,
- _geringer Anteil an gesättigten Fettsäuren, Transfettsäuren und Cholesterin. Dem Patienten sollte in der Ernährungsberatung anschaulich aufgezeigt werden, welche Lebensmittel und Rezepte für ihn besonders geeignet sind. Über die Ernährungsberatung hinaus könnte ein gemeinsamer Kochabend oder ein Einkaufstraining angeboten werden. In der Tabelle 1 werden die aktuellen Empfehlungen entsprechend ihrer Evidenzklasse zusammengefasst.

Alle behandelnden Therapeuten vom Arzt bis hin zum Sportwissenschaftler sollten ein gemeinsames Ziel verfolgen: Die Compliance und die Einsicht der Notwendigkeit einer Prävention beim Patienten zu steigern. Eine genaue Aufklärung über die möglichen Maßnahmen wie eine Ernährungsumstellung

Web-Tipps!

American Heart Association www.heart.org

American College of Cardiology **Foundation**

www.acc.org

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie-Herz- und Kreislauferkrankungen e.V. www.dgk.org

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Evidenzbasierte Leitlinien) www.dae.de

zur Vorbeugung sind unerlässlich. Dabei sollten dem Patienten keine strikten Verbote, sondern vielmehr Gebote an die Hand gegeben werden. Die Ernährungsumstellung nimmt hier einen zentralen Stellenwert ein, da sich damit zahlreiche Risikofaktoren (Übergewicht, Bluthochdruck, Hyperlipoproteinämien) eindämmen lassen.

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Regina Fischer

Staatlich anerkannte Diätassistentin & Ökotrophologin (B. Sc.) savita Gesundheits- und Bewegungszentrum Von-Werth-Str. 5, 41515 Grevenbroich E-Mail: R.Fischer@savita.de

Anzeige

Hier steht eine Anzeige.



61 NeuroTransmitter 2013; Sonderheft 1

Literatur

- WHO: Diet, nutrition and the prevention of chronic disease, World Health Organisation (WHO), Technical Report Series 916, 2003
- Baum E et al.: Risiko faktoren und Risikoindikatoren für Kardiovaskuläre Erkrankungen: Prognoseverbesserung als Maßstab. Z. Allg. Med 2004; 80: 70–76
- Trappe HJ: Herz- und Gefäßkrankheiten. Ernährungsmedizin: Nach dem neuen Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer, 4. vollständig überarbeitete und erweitere Auflage, Thieme 2010; 550–559
- Keil U et al.: Risikoabschätzung tödlicher Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die neue SCORE-Deutschland-Tabelle für die Primärprävention, Dtsch Ärzteblatt 2005; 102: 1808–1812
- Gohlke H et al.: Positionspapier zur Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen. Z Kardiol 2003; 92: 522–524
- Linseisen J, Wolfram G: Evidenzbasierte Leitlinie: Fettkonsum und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten: Fettkonsum und Prävention der koronaren Herzkrankheit (KHK), November 2006. http://www.dge.de/pdf/ws/ll-fett/08-KHK-DGE-Leitlinie-Fett-11-2006.pdf
- Trans-Fettsäuren: Aufnahme über die Nahrung und gesundheitliche Auswirkungen: Stellungnahme der EFSA. Ernährungsumschau 51, 2004; 414–415
- Lebensmittelkennzeichnungsverodnung, Bundesgesetztblatt Jg. 2007 Teil 1 Nr. 66; 3011
- 9. Kasper H: Ernährungsmedizin und Diätetik. 10. neubearbeitete Auflage 2004; 82–83
- Linseisen J, Wolfram G: Evidenzbasierte Leitlinie: Kohlenhydratzufuhr und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten: Kohlenhydratzufuhr und primäre Prävention koronarer Herzkrankheit (KHK), Version 2011. http://www.dge.de/pdf/ ws/ll-kh/08-KHK-DGE-Leitlinie-KH.pdf
- Gohlke H et al. Leitlinie Risikoadjustierte Prävention von Herz- und Kreislauferkrankungen. Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie Herz- und Kreislaufforschung 2007; 1–36
- Thorogood M et al.: Risk of death from cancer and ischaemic heart disease in meat and non-meat eaters. BMJ 1994; 1667–1670
- Dontas et al.: Mediterranean diet and prevention of coronary heart disease in the elderly. Clinical Interventions in Aging 2007; 2(1):109–115
- 14. Fankhänel S. Mediterrane Ernährung. Ernährungsumschau 2002; 49:244–245
- Heart Protection Study Collaborative Group: Heart Protection Study of antioxidant vitamin supplementation in 20 536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. The Lancet 2002; 360: 23–33

2 NeuroTransmitter

Patientenvorträge leicht gemacht

Eine neue Power-Point-Foliensammlung zu Parkinson bietet Neurologen eine umfangreiche Basis für Vorträge, Schulungen und Veranstaltungen mit Patienten und Angehörigen. Das "Patienten-Slidekit Parkinson" umfasst rund 100 Folien, die noch verändert werden können. Es ist in Form eines USB-Sticks kostenlos erhältlich über den Außendienst von Teva.

Nach Informationen von Teva

Atomoxetin für Klein und Groß

— Strattera® (Atomoxetin) hat die deutsche Zulassung für den Beginn einer Behandlung von Erwachsenen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) erhalten. Damit ist Strattera® das erste und einzige in Deutschland zugelassene Nichtstimulanz für die Behandlung von ADHS im Kindes- und Jugend- sowie auch im Erwachsenenalter.

Nach Informationen von Lilly

Datensatz zu Epilepsie

— UCB und IBM starteten ein Projekt, das die Leistungsfähigkeit elektronischer Analysefunktionen nutzt, um Ärzte bei der Bereitstellung personalisierter Versorgungskonzepte für Epilepsie-Patienten zu unterstützen. Ziel des Projekts ist die Schaffung eines interaktiven Systems, das aus großen Mengen an Patientendaten und wissenschaftlicher Fachliteratur dem Arzt wertvolle Informationen bereitstellt, die patientenrelevante Erkenntnisse liefern und ihn bei der Auswahl der geeigneten Therapie mit Methoden der "prädiktiven Analytik" unterstützen können.

Nach Informationen von UCB und IBM

Neue Wirkstoffe in der MS-Therapie bieten mehr Auswahl in der Therapie

Was die MS-Therapie angeht, ist das Unternehmen Genzyme mit dem monoklonalen Antikörper Alemtuzumab und dem Immunmodulator Teriflunomid bestens für die Zukunft gerüstet.

Alemtuzumab

Bei einer MS-Therapie ist es nicht nur wichtig, neue Schübe zu verhindern, sondern auch das Fortschreiten der Behinderungen zu bremsen, noch besser den Grad der Behinderungen zu reduzieren. Dies ist bei vielen Patienten mit dem monoklonalen Antikörper Alemtuzumab in den zwei Zulassungsstudien CARE-MS I (noch unbehandelten Patienten mit einem EDSS-Wert bis 3) und CARE-MS II (vorbehandelte Patienten, die unter der bisherigen Therapie Schübe zeigten, EDSS-Wert bis 5) der Fall gewesen, erklärte Professor Tjalf Ziemssen, TU Dresden.

Insgesamt über 1.400 Patienten mit schubförmiger MS erhielten in beiden Studien entweder Infusionen mit Alemtuzumab an fünf aufeinander folgenden Tagen zu Therapiebeginn sowie an drei aufeinander folgenden Tagen ein Jahr später, oder sie bekamen 44 µg Interferon beta-1a dreimal die Woche. Nach zwei Jahren hatte sich die jährliche Schubrate mit 12 mg Alemtuzumab in beiden Studien im Vergleich zu Interferon etwa halbiert (0,18 vs. 0,39 in CARE-MS I, 0,26 vs. 0,52 in Care MS II). In CARE-MS II kam es auch zu einer signifikanten Reduktion der Behinderungsprogression: Eine anhaltende Akkumulation von Behinderungen wurde nur bei 12.7% der Patienten mit Alemtuzumab, aber bei 21,1% unter Interferon beobachtet.

Interessant, so Ziemssen, ist auch ein verstärkter Rückgang der Behinderungen. Eine über sechs Monate anhaltende Verbesserung ließ sich in CARE-MS II bei 29% der Patienten mit Alemtuzumab zeigen, eine über drei Monate anhaltende Verbesserung sogar bei 35%. Unter Interferon gelang das jeweils nur bei 13% beziehungsweise 19% der Patienten. Dies wirkte sich auch auf den mittleren EDSS-Wert aus: Er hatte mit dem Interferon nach zwei Jahren leicht zugenommen (+0,24 Punkte), mit Alemtuzumab dagegen etwas abgenommen (-0,17 Punkte). Der Unterschied war ebenfalls signifikant. Die Zulassung des Antikörpers zur MS-Therapie wird noch in diesem Jahr erwartet.

Teriflunomid

Die beiden Zulassungsstudien TEMSO und TOWER haben bereits demonstriert, dass sich bei MS-Patienten mit dem neuen oralen Medikament Teriflunomid sowohl die Schubrate als auch die Behinderungsprogression deutlich reduzieren lässt. Offenbar kann das Arzneimittel auch bei Patienten mit einem ersten klinisch isolierten Schub die Konversion zu einer klinisch manifesten MS aufhalten. Dazu stellte Professor Patrick Vermersch, Uniklinik Lille/Frankreich, erste Daten der TOPIC-Studie vor, an der 618 Patienten mit einem ersten demyelinisierenden Ereignis teilnahmen. Je etwa ein Drittel von ihnen bekam Placebo, 7 mg/d oder 14 mg/d Teriflunomid. Primärer Endpunkt war die Konversion in eine klinisch manifeste MS während der zweijährigen Studiendauer. Unter Teriflunomid 7 mg war die Konversionsrate um 37% geringer als unter Placebo, in der Gruppe mit 14 mg sogar um 43%. Therapieabbrüche aufgrund unerwünschter Wirkungen erfolgten in allen Gruppen ähnlich häufig. Insgesamt, so Vermersch, deute das umfangreiche Studienprogramm zu Teriflunomid mit über 5.000 Patienten und zum Teil über zehn Jahren Beobachtungszeit auf ein sehr gutes Sicherheitsprofil hin.

Auch bei einer Langzeittherapie mit dem Medikament sei es nicht zu einer erhöhten Rate von Tumoren oder schweren Infektionen gekommen. Blutbildanalysen hätten auch keine Hinweise auf eine Immunsuppression ergeben. Etwas häufiger als mit Placebo kam es in Studien unter Teriflunomid zu Durchfall, Übelkeit, verminderter Haardichte und Leberwerterhöhungen. Die Effekte seien aber in der Regel leicht bis moderat gewesen und waren meist auf die ersten Therapiewochen und -monate begrenzt.

In den USA und Australien ist Teriflunomid (Aubagio®) bereits zugelassen. Die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) hat eine positive Stellungnahme abgegeben.

Thomas Müller

Satellitensymposium "Current challenges of MS therapy: accepted". Kongress der European Neurological Society (ENS) in Barcelona, 10.6.2013 Veranstalter: Genzyme – A Sanofi Company

62

150 Jahre "Erfinder-Unternehmen" Bayer

Schrecksekunde für den Arzt Dr. Dimitris Voliotis: Während einer Konferenz zu den Studien zum Krebsmittel Nexavar * in einem New Yorker Hotel sagt ein Sprecher des Prüfkomitees: "Meine Damen und Herren, wir müssen die Testreihe stoppen." Doch schnell folgt die Erlösung. "Die Ergebnisse sind positiv." Das Medikament soll so schnell wie möglich allen Patienten zugänglich gemacht werden.

Alle Arzneimittelinnovationen in einem Buch dokumentiert

Diesen Tag werde er nie vergessen, berichtet der Leiter der klinischen Entwicklung für Krebsmedikamente bei Bayer in dem Buch "Das Erfinder-Unternehmen", das der Leverkusener Konzern anlässlich des 150-jährigen Jubiläums herausgegeben hat. "Man muss sich vorstellen, dass der Druck vieler Monate, sogar Jahre, die Erwartung, die Anspannung, die Skepsis, die Zweifel in einem Moment von einem abfallen", sagt der Arzt, der in Köln Medizin studiert hat und heute im US-Bundesstaat New Jersey lebt. Die Gewissheit, mit neuen Medikamenten Menschen helfen zu können, sei für ihn jeden Tag aufs Neue ein Ansporn, so Voliotis.

Nexavar®, das 2005 auf den Markt gekommen ist, ist eine der vielen Innovationen im

Arzneimittelbereich, die zum Erfolg und zur weltweiten Bekanntheit von Bayer beigetragen haben. An erster Stelle steht natürlich Aspirin® aus dem Jahr 1899 – mit den Worten von Bayer-Vorstandschef Dr. Marijn Dekkers "ein echter Weltstar". Jetzt ruhen große Hoffnungen auf dem Gerinnungshemmer Xarelto® aus dem Jahr 2008.

Auf den Erfolgen dürfe sich Bayer nicht ausruhen. "Im Gegenteil, wir müssen in den kommenden Jahren noch einen Zahn zulegen", mahnte Dekker. Gefordert sind nach seiner Einschätzung nicht nur neue Moleküle und Produkte, sondern innovative Prozesse, kreative Ideen und bessere Dienstleistungen. Dafür sei die Innovationskultur von zentraler Bedeutung.

Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) macht sich um die Zukunft von Bayer – "ein Symbol für den Innovations- und High Tech-Standort Deutschland" – offenbar keine Sorgen. "Ein Unternehmen, das auf eine 150-jährige Geschichte blicken kann, blickt auch weit in die Zukunft", sagte sie. Der Name Bayer habe einen festen Platz in der deutschen Industriegeschichte und stehe für den Erfolg.

Ilse Schlingensiepen

Festakt "150 Jahre Bayer"; Köln, 16.7.2013 Veranstalter: Bayer AG;

Hinter somatischen Beschwerden verbergen sich psychische Symptome

Im ersten Patientenkontakt klingen die Beschwerden oft unspezifisch: Schlaflosigkeit, Reizdarm oder Atemnot. Aber nach genauer Exploration der affektiven Kernsymptomatik könnten die Symptome auf zugrunde liegende psychische Ursachen hinweisen, erläuterte Professor Jens Kuhn, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Köln.

Im Rahmen einer Depression gerät die neuroendokrine Stressachse aus den Fugen und die Synthese von Neurotrophinen wird herunterreguliert. Laut Kuhn scheint das auch beim Burnout-Syndrom der Fall zu sein. Eine ausreichende Zahl an Neurotrophinen sei aber Voraussetzung dafür, auf ZNS-Ebene die neuronale Plastizität zu gewährleisten. Ziel einer jeden Pharmakothe-

rapie müsse die vollständige Remission, also die uneingeschränkte Wiedererlangung der Alltagsfähigkeiten sein. Nach einer Metaanalyse von 117 randomisierten Studien zeichnet sich unter den zur Verfügung stehenden Antidepressiva Escitalopram (Cipralex®) durch das beste Wirksamkeits-Akzeptanz-Profil aus [Cipriani A et al. The
Lancet 2009; 373: 756–58]. Dies schlägt sich auch in einer geringen TherapieabbruchQuote nieder [Khan A et al. Clin Drug Invest
2007; 27: 481–92].

Ursula Hilpert

Lunchsymposium im Rahmen der 119. DGIM-Jahrestagung, Wiesbaden, 8.4.2013 Veranstalter: Lundbeck

Drittes Triptan im Portfolio

— Neu im Portfolio von neuraxpharm ist ab sofort neben Naratriptan-neuraxpharm® und Zolmitriptan-neuraxpharm® auch Sumatriptan-neuraxpharm® zur akuten Behandlung von Migräneanfällen mit oder ohne Aura als Filmtabletten (50 mg und 100 mg). Es bietet den generischen Preisvorteil (Preisstand Lauer-Taxe 1.7.2013) zum Erstanbieterprodukt Imigran®.

Nach Informationen von neuraxpharm

Vorübergehend außer Vertrieb

Eisai wird Fycompa® (Perampanel) in Deutschland vorübergehend außer Vertrieb setzen, da das Unternehmen die im Rahmen des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) getroffene Beurteilung, dass für dieses innovative Medikament gegenüber einer nicht sinnvollen Vergleichstherapie kein Zusatznutzen belegt sei, nicht akzeptieren kann. Eisai hofft, dass dieser Zustand vorübergehend ist und wird Fycompa® zum frühest möglichen Zeitpunkt für eine Neubewertung einreichen. Das Medikament wird bis zum Jahresende erhältlich sein.

Nach Informationen von Eisai

Unabhängige MS-Studie

— Nach der vollständig vom National Institute of Health (NIH) finanzierten doppelblinden, randomisierten CombiRx-Studie [Lublin F et al. Annals of Neurology 2013. DOI: 10.1002/ana. 23863] hat bei der Behandlung der Multiplen Sklerose die Kombination von Glatirameracetat (Copaxone®) und Interferon beta-1a im Head-to-head-Vergleich zur Monotherapie mit Glatirameracetat keinerlei klinische Vorteile, ist aber der Monotherapie mit Interferon überlegen.

Nach Informationen von Teva

MS: Früh mit Therapie beginnen und im Dialog bleiben

Die Diagnose MS kann heute bereits nach dem ersten klinischen Schub gestellt werden. "Der Zeitgewinn durch die frühere Diagnosestellung kann therapeutisch genutzt werden, um eine Akkumulation von Behinderungen zu vermeiden", berichtete Professor Michael Sailer, Median Klinik NRZ Magdeburg. Bereits im Frühstadium sind entzündliche Prozesse mit irreversiblen axonalen und neuronalen Schädigungen assoziiert und die Schubzahl zu Krankheitsbeginn korreliert mit einer beschleunigten Behinderungsprogression. Das sei auch die Rationale für einen frühzeitigen Therapiebeginn mit einer stark wirksamen Dosie-

rung von Interferon beta (IFN β -1a), erläuterte Professor Friedemann Paul von der Charitè Berlin. Der Nutzen einer Frühtherapie zeigte sich auch in der IMPROVE-Studie [De Stefano N et al. Mult Scler 2010; 16: 888–92]: Bei Patienten mit schubförmig remittierender MS, die mit subkutanem IFN β -1a (Rebif® 44 μ g; dreimall wöchentlich) behandelt wurden, war die durchschnittliche Anzahl kombinierter einzelner aktiver Gehirnläsionen nach 16 Wochen um 69% reduziert (p < 0,001). Neben einer frühen Diagnose der MS und einer rasch wirkenden immunmodulatorischen Basistherapie können ein vertrauensvoller Arzt-

Patienten-Kontakt und die Unterstützung durch MS-Schwestern zu einer dauerhaften Therapieadhärenz beitragen. Dazu gehört auch die Verwendung des patientenfreundlichen elektronischen Injektors (Rebi-Smart™) in Verbindung mit einem Betreuungsprogramm wie dem zertifizierten RebiSTAR™-Programm.

Abdol A. Ameri

Meet-the-Clinic "Mehr Dialog für mehr Adhärenz: Wie MS-Patienten länger im grünen Bereich bleiben" Berlin, 11.6.2013 Veranstalter: Merck-Serono

Alkoholtherapie: Schrittweise zur Abstinenz

Trotz hoher Relevanz ist die Behandlungsquote von Alkoholabhängigen im Sinne einer Abstinenz mit unter 10% extrem niedrig. Die jährlich stattfindenden AktivA-Symposien möchten dazu beitragen, Alkoholabhängigkeit zu thematisieren und die Therapie von Alkoholabhängigen zu verbessern.

"AktivA – Initiative für eine aktive Alkoholtherapie" ist ein Zusammenschluss von Personen aus Praxis und Wissenschaft, die "um die hohe Brisanz und Relevanz der Alkoholerkrankung bei Erwachsenen wissen, und die Herausforderungen sowie Probleme in der derzeitigen Alkoholtherapie kennen." Erklärtes Ziel der Symposien ist, den aktiven und offenen Umgang mit Alkoholabhängigkeit anzustoßen und die Behandlungssituation von Alkoholkranken zu verbessern. Das diesjährige dritte Symposium fand am Weltdrogentag in Berlin statt. Experten aus Praxis, Wissenschaft, Politik und Krankenkassenvertretern diskutierten darüber, welche Voraussetzungen notwendig sind, um die dramatische Unterversorgung von Alkoholabhängigen zu verbessern. Im Fokus der Diskussion standen Überlegungen, das bisherige Ziel der ausschließlichen Abstinenz hin zu einer schrittweisen Vorgehensweise zu modifizieren und welche Voraussetzungen hierfür geschaffen werden müssten.

Das Ziel der Abstinenz ist in einer Gesellschaft, in der Alkohol ein fester Bestandteil ist, für viele Alkoholiker nicht realistisch, sie wünschen sich häufig eine Reduktion der Trinkmenge. Insbesondere die Alkoholiker, die im sozialen Leben integriert sind und keine abstinente Lebensweise wünschen, könnten nach Professor Falk Kiefer, Heidelberg, durch die Reduktion der Trinkmenge profitieren, da die Menge des Alkohols im Zusammenhang mit somatischen Erkrankungen und sozialen Problemen steht. "Durch das Reduktionsangebot ist der Arzt im Kontakt mit dem Patienten", so der Suchtexperte weiter. Entsprechend hoch stuft Kiefer ein effektives Therapiemonitoring durch den Arzt ein; es ist das zentrale Element der schrittweisen Vorgehensweise hin zur Abstinenz.

Dr. Claudia-Viktoria Schwörer

AktivA – 3. Symposium für eine aktive Alkoholtherapie "Alkoholabhängigkeit bei Erwachsenen – Zeit für neue Versorgungsziele?" Berlin, 26.6.2013; Veranstalter: AktivA – Initiative für eine aktive Alkoholtherapie

Praxisstudie untersucht Add-on-Therapie bei Epilepsie-Patienten

Die prospektive Beobachtungsstudie VITOBA (Vimpat Added to One Baseline AED) untersucht die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Lacosamid bei Epilepsie-Patienten mit fokalen Anfällen als Add-on zu einem Basis-Antiepileptikum. Daten der zweiten Interimsanalyse (n = 329) zeigen: Die Ansprechraten in der Praxisanwendung übertreffen die bereits in klinischen Studien gezeigten Raten [Ben-Menachem E et al. Epilepsia 2007; 48 (7): 1308 – 17; Halász P et al. Epilepsia 2009; 50 (3): 443 – 53; Chung S. et al.

Epilepsia 2010; 51 (6): 958–67]. So konnten unter Lacosamid (Vimpat®) schon bei relativ niedriger Dosis (mittlere Tagesdosis 250 mg) hohe Responderraten erzielt werden. Die 50%-Responderrate (definiert als mindestens 50%-ige Anfallsreduktion) betrug nach sechs Monaten unter Praxisbedingungen 70%. Diese hohe Ansprechrate übertrifft die in den Zulassungsstudien von Lacosamid (400 mg/d) erreichte Rate von knapp 45% [McShea C et al. Poster AAN 2013]. Entsprechend wurden 63,4% der Patienten von den

Studienärzten als sehr stark oder stark verbessert eingestuft (Clinical Global Impression, CGI). Ein weiterer Vorteil von Lacosamid für den Praxisalltag ist das niedrige Interaktionsrisiko. Studien in der Vergangenheit zeigten keine statistisch signifikanten Interaktionen [Krämer G. Interaktions-Prävention Antiepileptika-Interaktionen, Hippocampus Verlag, 2009]. Das macht Lacosamid zu einem idealen Kombinationspartner. red

Nach Presseinformationen von UCB Pharma

RLS – Beschränkte Therapieoptionen für eine häufige Erkrankung

Das Restless-Legs-Syndrom (RLS) erfährt in den letzten Jahren zunehmende Aufmerksamkeit. Für die Therapie des RLS stehen jedoch aktuell nur dopaminerge Substanzen (L-Dopa und Dopaminagonisten) zur Verfügung.

Zu den Problemen der dopaminergen Therapie zählte Professor Magdolna Hornyak, Algesiologikum/Zentrum für Schmerzmedizin, München, die nachlassende Wirkung am Morgen (End-of-Dose-Rebound) und Rebound-Phänomene bei Reduktion oder Absetzen der Medikation. Als schwerste Nebenwirkung dopaminerger Substanzen gilt die Augmentation, bei der gleichzeitig ein Wirkungsverlust der Therapie und eine Zunahme der Symptomatik auftreten. PD Dr. Ilonka Eisensehr, Bonomed Studienzentrum München, machte darauf aufmerksam, dass es unter der dopaminergen Medikation auch zu Blutdruckregulationsstörungen mit Hypotonie sowie zu Zwangs- und Suchtverhalten (z.B. Spiel- und Kaufsucht) kommen könne.

Da in vielen Fällen kein ausreichender Therapieerfolg zu erzielen sei, so Hornyak, muss

der Arzt nicht zugelassene Medikamente – häufig Opioide und Antiepileptika – als Off-Label-Use verordnen. Niedrig dosierte Opioide hätten sich in der Praxis als "klinisch gut wirksam" gezeigt. Für die Kombination aus redardiertem Oxycodon und Naloxon (Targin®) zur Behandlung des RLS läuft aktuell ein Zulassungsverfahren.

Auf die aktuellen Leitlinien verwies Professor Svenja Happe, Klinik Maria Frieden, Telgte. Bei RLS-Patienten sei ein Ferritin-Zielwert von mindestens 50 µg/l definiert [http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-081.html]. In der Praxis werden oft 50–100 µg/l angestrebt. Ein Eisenmangel zähle zu den Auslösefaktoren für RLS und erhöhe das Augmentationsrisiko. In den Leitlinien wird auch auf weitere auslösende Faktoren einschließlich Medikamente wie Mirtazapin oder Citalopram hingewiesen, erinnerte Happe.

Dr. Andreas Fischer

Pressekonferenz "RLS-Behandlung heute: Therapieziele erreicht?", München, 28.6.2013 Veranstalter: Mundipharma

Zwei Jahre Fingolimod bei MS

→ Wirkt die immunmodulierende Basistherapie bei Multipler Sklerose unzureichend oder lässt ihre Wirkung nach, steht im Rahmen der sogenannten Eskalationstherapie seit zwei Jahren mit Fingolimod, dem ersten oralen MS-Therapeutikum, eine weitere effektive Option zur Verfügung. Mit dem Second-Line-Medikament Fingolimod (Gilenya®) lässt sich nicht nur die Schubrate deutlich effektiver senken als mit Interferonen, erklärte Professor Hans-Peter Hartung, Neurologische Universitätsklinik Düsseldorf. Auch die Progression der Behinderung und der Hirnatrophie können gebremst werden. Wie die Ergebnisse der zweijährigen placebokontrollierten FREEDOMS-Studie [Kappos L et al. NEJM 2010; 362: 387-401] und der einjährigen Interferon-beta-1ai.m.-kontrollierten TRANSFORMS-Studie [Cohen JA et al. NEJM 2010; 362:402-415] mit Fingolimod zeigen, ist die Marke der möglichen Schubreduktion auf über 50 % gestiegen. Das Risiko für ein Fortschreiten des Behinderungsgrads war in der Fingolimod-Gruppe um 30% geringer, und auch das Risiko für einen Verlust von Hirnvolumen war signifikant niedriger. Beide Studien wurden offen um ein Jahr verlängert, das heißt, bei Patienten der Fingolimod-Gruppe wurde die Therapie fortgesetzt und Patienten der Kontrollgruppen wurden auf Fingolimod umgestellt. Sowohl bezüglich der Schubrate als auch der Progression von Behinderung und Hirnatrophie waren die Patienten, die kontinuierlich Fingolimod erhalten hatten, im Vorteil. "Dies spricht eindeutig dafür, dass Fingolimod umso effektiver ist, je früher es eingesetzt wird", betonte Professor Tjalf Ziemssen, MS-Zentrum am Zentrum für Klinische Neurowissenschaften, Dresden.

Martin Bischoff

Pressegespräch "Normal leben mit MS? – Therapie nachhaltig optimieren mit Gilenya®", München, 16.5.2013

Veranstalter: Novartis Pharma

Erstes Trancylopromin Generikum

— Ab sofort ist Tranylcypromin-neuraxpharm® (in den Wirkstärken 10 und 20 mg) zur Behandlung von depressiven Syndromen unabhängig ihrer nosologischen Einordnung erhältlich. Die viertelbare 20-mg-Filmtablette ermöglicht es, im gesamten Therapieverlauf nur eine Tablettenform einzusetzen.

Nach Informationen von neuraxpharm

Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern

Die Herausforderungen einer effektiven Antikoagulation zur Schlaganfallprävention bei Patienten mit Vorhofflimmern diskutierten Experten im Rahmen eines Klinikworkshops am Vivantes-Klinikum Neukölln. Für Professor Harald Darius, Chefarzt der Kardiologie, hat die Anwendung von Dabigatranetexilat im klinischen Alltag einen hohen Stellenwert erreicht. Die Praxiserfahrung beträgt inzwischen über zwei Millionen Patientenjahre in allen zugelassenen Indikationen weltweit. "Die Herausforderung in der Praxis besteht darin, einerseits das Gehirn wirksam vor einem ischämischen Schlaganfall zu schützen und andererseits zugleich möglichst wenige extra- und intrakranielle Blutungen hervorzurufen", so Darius. Ein Wirkstoff für die Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern, der diese Kriterien erfüllt, steht mit Dabigatranetexilat (Pradaxa®) zur Verfügung: In der RE-LY®-Studie reduzierte Dabigatranetexilat in der Dosierung 150 mg zweimal täglich verglichen mit Warfarin die Rate von Schlaganfällen und systemischen Embolien, sowie ischämischen Schlaganfällen signifikant. Ebenso sank die Rate an intrakraniellen Blutungen signifikant, bei einer mit Warfarin vergleichbaren Rate schwerer Blutungen. Laut Professor Darius Nabavi, Chefarzt der Neurologie, könnte das geringere Blutungsrisiko dazu beitragen, die Therapieadhärenz der Patienten zu steigern - das wäre von großem Vorteil, denn die Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern sollte eine Dauertherapie sein.

Nach Informationen von Boehringer Ingelheim



Berufsverband Deutscher Nervenärzte

www.bvdn.de

Vorstand/Beirat

1. Vorsitzender: Frank Bergmann, Aachen Stelly, Vorsitzender: Gunther Carl, Kitzingen Schriftführer: Roland Urban, Berlin

Schatzmeister: Paul Reuther. Rad-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: Rudolf Biedenkapp 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: Volker Schmiedel Westfalen: Rüdiger Saßmanshausen

Ansprechpartner für Themenfelder

Neue Medien: Arne Hillienhof EDV, Wirtschaftliche Praxisführung:

Thomas Krichenbauer

Forensik und Gutachten Psychiatrie:

P. Christian Vogel Gutachten Neurologie: Friedhelm Jungmann

Belegarztwesen Neurologie:

Joachim Elbrächter

Fortbildung Assistenzpersonal: Roland Urban U.E.M.S. - Psychiatrie, EFPT: Roland Urban U.E.M.S. - Neurologie: Friedhelm Jungmann

Ausschüsse

Akademie für Psychiatrische und Neurologische Fortbildung:

Albert Zacher, Uwe Meier

Ambulante Neurologische Rehabilitation:

Paul Reuther

Ambulante Psychiatrische Reha/ Sozialpsychiatrie: Norbert Mönter

Weiterbildungsordnung: Frank Bergmann, Uwe Meier,

Christa Roth-Sackenheim, Wolfhard Lünser, P. Christian Vogel

Leitlinien: Frank Bergmann, Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim

Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigengruppen: Vorstand

Referate

Demenz: Jens Bohlken Epileptologie: Ralf Berkenfeld

Neuroangiologie, Schlaganfall: Paul Reuther Neurootologie, Neuroophtalmologie:

Matthias Freidel

Neuroorthopädie: Bernhard Kügelgen

Neuropsychologie: Paul Reuther Neuroonkologie: Werner E. Hofmann

Pharmakotherapie Neurologie: Gereon Nelles Pharmakotherapie Psychiatrie: Roland Urban
Prävention Psychiatrie: Christa Roth-Sackenheim

Prävention Neurologie: Paul Reuther Schlaf: Ralf Bodenschatz, Wolfhard Lünser Schmerztherapie Neurologie: Uwe Meier, Monika Körwer

Schmerztherapie Psychiatrie: Roland Wörz Suchttherapie: Ulrich Hutschenreuter, Rolf Peters Umweltmedizin Neurologie: Matthias Freidel

Geschäftsstelle des BVDN

D. Differt-Fritz

Tel.: 02151 4546920, Fax: -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

Gut Neuhof, Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld



BDN

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,

Beirat: 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: Uwe Meier, Paul Reuther GOÄ/EBM: Rolf F. Hagenah, Uwe Meier, Holger Grehl

Qualitätsmanagement: Uwe Meier Risikomanagement: Rolf F. Hagenah Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN

DRG: Reinhard Kiefer

Delegierte in Kommissionen der DGN

Leitlinien: Uwe Meier

Versorgungsforschung: Uwe Meier

Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung:

Rolf Hagenah

Anhaltszahlen/Qualitätssicherung:

Fritjof Reinhardt, Paul Reuther Rehabilitation: Harald Masur

CME: Friedhelm Jungmann, Paul Reuther

DRG: Rolf Hagenah, Reinhard Kiefer

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

DGNR: Harald Masur; AG ANR: Paul Reuther BV-ANR: Paul Reuther: UEMS: Friedhelm Jungmann

BDN-Landessprecher

 $\textbf{Baden-W\"{u}rttemberg:} \ N. \ N.$ Bayern: Karl-Otto Sigel Berlin: Walter Raffauf

Brandenburg: Martin Delf, Frank Freitag

Bremen: Helfried Jacobs

Hamburg: Heinrich Goossens-Merkt, 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 Bauersachs, Klaus Gorsboth



Berufsverband Deutscher Psychiater

www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Stellvertretender Vorsitzender:

Christian Vogel, München Schriftführer: Sabine Köhler, Jena Schatzmeister: Oliver Biniasch, Ingolstadt Beisitzer: Uwe Bannert, Bad Segeberg; Frank Bergmann, Aachen; Greif Sander, Hannover

Referate

Soziotherapie: Sybille Schreckling Sucht: Greif Sander

Psychotherapie/Psychoanalyse: Hans Martens

Forensik: P. Christian Vogel

Übende Verfahren – Psychotherapie: Gerd Wermke Psychiatrie in Europa: Gerd Wermke Kontakt BVDN, Gutachterwesen: Frank Bergmann

ADHS bei Erwachsenen: Bernhard Otto PTSD: Christa Roth-Sackenheim

Migrationssensible psych. Versorgung: **Greif Sander**

BVDP-Landessprecher

Bayern: Hans Martens, Christian Vogel Baden-Württemberg: Falk 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

66 NeuroTransmitter 2013: Sonderheft 1

Ich will Mitglied werden!

An die Geschäftsstelle der Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP Krefeld Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Fax: 02151 45469-25/-26

☐ Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag meist 485 bis 580 €, je nach Landesverband, Arzt in Weiterbildung 90 €, Senior 60 €).					
 Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum (Mitgliedsbeitrag 580 € für Chefärzte/Ni Senior 60 €). 	Berufsverband Deutsch	er Neurologen e. V. (BDN)			
☐ Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BDN und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 580 €.					
 Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum (Mitgliedsbeitrag 580 € für Chefärzte/Ni Senior 60 €). 			rzte in Weiterbildung 90 €;		
☐ Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BVDP und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 580 €.					
☐ Ich wünsche die DREIFACHMITGLIEDSC	HAFT – BVDN, BDN und B	SVDP – zum Mitgliedsbeit	trag von insgesamt 720 €.		
Zusatztitel oder -qualifikation (z. B. Psycho	-				
TelNr.	Fax				
E-Mail/Internet: Ich bin □ niedergelassen	in day Viinily +ä+i	□ Chefarzt	□ Facharzt		
□ Weiterbildungsassistent	_	□ Nervenarzt			
☐ in Gemeinschaftspraxis tätig r	•		•		
in Gemenischartspraxis tatig i					
Ich wünsche den kostenlosen Bezug einer o			an im Wart > 170 €/lahr•		
☐ Fortschritte Neurologie / Psychiatrie	_		cirilii Were's 170 C/Julii.		
☐ Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG	_				
□ Die Rehabilitation	☐ Psychotherapie im Dialog		Es ist nur eine Auswahl pro		
		-	Mitglied möglich.		
PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie					
Zum Eintritt erhalte ich die BVDN-Abrechnungskommentare (EBM, GOÄ, Gutachten, IGeL, Richtgrößen etc.).					
☐ Kostenlose NERFAX-Teilnahme gewünse					
☐ Kostenloser Mailservice "Das muss man wissen …" gewünscht					
EINZUGSERMÄCHTIGUNG	ND (: -	£	dd		
Hiermit ermächtige ich den BVDN/BDN/BVI jährlichen Mitgliedsbeitrag einzuziehen.	P (nicht Zutreπendes gg	r. streichen) widerruffich,	, aen von mir zu entrichtenaen		
jannichen wittgrieusbeitrag einzuziehen.					
Konto-Nr.:					
bei der		BLZ			
 Wenn mein Konto die erforderliche Deckur	og nicht zufweist hesteh	t saitans das kantafiihus:	ndan Kraditinstitutas kaina		
Verpflichtung zur Einlösung. Einen Widerru	_				
Topolismany zar Emiosuny, Emen Widelit	icii dei Gesciiaii				
Name:	Praxisstempel (inkl. K	(V-Zulassungs-Nr.)			
Adresse:					
Ort, Datum:					
Unterschrift:					

NeuroTransmitter 2013; Sonderheft 1 67