

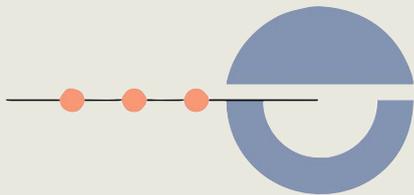
S1 September 2014_25. Jahrgang

NEUROTRANSMITTER

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

BDN-Sonderheft
zum 87. Kongress
der DGN 2014

Neurowoche 2014



Weiterbildung – Anpassung an die Versorgungsrealität

Honorarentwicklung
Neues zu ZIPP, EBM und NPV

Nachwuchsförderung
Die Jungen Neurologen begeistern fürs Fach

Neurologen online
Starker Auftritt mit Smartphone und Tablet



Dr. med. Uwe Meier
Vorsitzender des BDN



Prof. Dr. med. Christian Gerloff
Vorsitzender des BDN

Neue Versorgungsmodelle gefordert

Wir können es nur immer wieder betonen: Aufgrund einer alternden Gesellschaft und neurowissenschaftlicher Fortschritte in Diagnostik und Therapie wächst die Bedeutung von ZNS-Erkrankungen und damit auch der Versorgungsbedarf. Neurologische Krankheiten nehmen ebenso zu wie ihre Behandlungsmöglichkeiten. Die Versorgungsrealitäten hinken dieser Entwicklung allerdings weit hinterher. Das ist und bleibt eine Herausforderung für Berufsverbände und Fachgesellschaften. Wir müssen uns für intelligente Versorgungskonzepte und sinnvolle Anreize einsetzen, wenn die vielleicht größte Patientengruppe nicht überrollt werden soll, denn diese Entwicklung hat die Dynamik einer Lawine. Das haben weder Politik, noch Kostenträger noch die ärztliche Selbstverwaltung erkannt. Zu sehr ist man mit der Bewältigung des Status quo beschäftigt, als dass man sich auch noch mit künftigen Problemen befassen könnte. Dabei braucht man nur Eins und Eins zusammenzählen: Weder Kliniken noch ambulante Versorgungsstrukturen sind auf den wachsenden Versorgungsdruck eingestellt. Neurologische Abteilungen gehören zu den wenigen Kliniken, die noch Bettenzuwächse zu verzeichnen haben, die neurologischen Notfallambulanzen sind überfüllt, neurologische und nervenärztliche Praxen haben ihre Fallzahlen bis ans Limit hochgefahren, so dass Wartezeiten kontinuierlich und dramatisch zunehmen. Dabei schaffen wir uns den Versorgungsbedarf nicht etwa selbst durch überzogene Diagnostik oder Interventionen von zweifelhaftem Nutzen. Im Gegenteil: Neurologische Krankheiten sind fast immer schwer, meist chronisch und gehen mit dramatischsten Krankheitsfolgen einher. Dem gerecht zu werden, fordert viel Zeit, Ressourcen und vor allem viel Zuwendung.

Was sagt die Politik? Sie reagiert mit Drohungen. Kürzere Wartezeiten sollen gesetzlich verordnet werden. Das ist in Anbetracht historisch völlig veralteter und per se schon irrationaler Bedarfszahlen neurologischer Kassensitze schlichtweg perfide. Schon jetzt ist die Zeit, die wir aufgrund der Fallzahlsteigerungen pro Patient verbringen können auf ein Minimum reduziert – und das bei wachsender diagnostischer und therapeutischer Komplexität.

Was sagen die Krankenkassen? Hier wollen wir nur ein symptomatisches Beispiel aus der im Gesundheitsmonitor 2014 publizierten Versichertenumfrage der BEK zitieren. Demnach werden auch die „schulmedizinisch“ tätigen Ärzte im Durchschnitt gut bewertet, aber homöopathisch behandelnde Ärzte erhalten noch bessere Noten. Die BEK interpretiert die Daten so, dass die dem Menschen zugewandte Betreuung für die Zufriedenheit entscheidend zu sein scheint, was gerade für chronische Krankheiten wichtig sei und schlussfolgert:

„Wünschenswert wäre in jedem Fall, dass das Arzt-Patienten-Gespräch auch in der medizinischen Ausbildung einen bedeutenderen Platz einnimmt, als das derzeit der Fall ist.“ Chapeau! Während wir uns aufgrund völlig inadäquater politischer Rahmenbedingungen abringen, immer mehr Patienten in immer kürzerer Zeit zu behandeln, diagnostiziert eine der größten deutschen Krankenkassen ein Ausbildungsdefizit in Sachen Kommunikation. Bereits jetzt flüchten viele psychiatrische Kollegen aus völlig verständlichen Gründen vor der harten Versorgungsrealität mit Aufnahmedruck und Notfällen in eine reine psychotherapeutische Medizin, weil sie dort mehr Zeit für ihre Patienten finden. Wir Neurologen könnten es gleich tun oder wir werden jetzt alle rein homöopathisch tätig und haben fortan viel Zeit für unsere Patienten. Die von den Krankenkassen entwickelten und bei den Mitgliedern mit schönen Worten beworbenen Versorgungsmodelle („wir fördern die sanfte Medizin“) werden gleich dazugeliefert – samt finanzieller Anreize. Die „harte“ Medizin wird dann nur noch von einer kleinen Anzahl engagierter Neurologen gemacht, die politisch immer mehr unter Druck geraten, und die Patienten mit Schlaganfällen, MS, Parkinson oder Demenz bleiben fachärztlich unterversorgt.

Das kann nicht die Lösung sein. Wir, die Berufsverbände mit ihren Landesstrukturen, kämpfen zusammen mit den Fachgesellschaften weiter dafür, dass wir in den Ministerien, bei Kostenträgern, in der Selbstverwaltung und in der Medienöffentlichkeit die nötige Aufmerksamkeit bekommen. Wir kämpfen für bessere Versorgungsmodelle, Honoraranreize und Anpassungen der Bedarfe in allen Bereichen der Neurologie. Wir können dies aber nur tun unter Mithilfe unserer Mitglieder. Deshalb bedanken wir uns an dieser Stelle bei allen Mitgliedern aus Klinik und Praxis für ihre Unterstützung und bitten alle anderen Neurologen, Mitglieder zu werden.

Wie in jedem Jahr informieren wir Sie in diesem Sonderheft zum DGN-Kongress über unsere Aktivitäten. Wir würden uns freuen, wenn Sie das diesjährige BDN-Forum am Donnerstag, den 18. September um 13.30 Uhr, besuchen. Die Mitgliederversammlung ist in diesem Jahr am Freitag, den 19. September um 11.30 Uhr.

Wir wünschen allen Kongressteilnehmern einen guten Kongressverlauf und verbleiben mit besten Grüßen



© Gust / DGN

»Die ganzheitliche Vielfalt des Programms rund um Gehirn und Nerven ist das Besondere der Neurowoche. Insbesondere der Neurologe muss den ganzen Menschen im Blick behalten, ihn ganzheitlich betrachten.«

Prof. Dr. med. Martin Grond
1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Der ganze Mensch – die ganze Neuromedizin

Auf der Neurowoche gestaltet die Neuromedizin ihre Zukunft! Rund 7.000 Experten für Gehirn und Nerven treffen sich vom 15. bis 19. September im Internationalen Congress Center München zur Neurowoche, dem größten interdisziplinären Kongress der deutschsprachigen klinischen Neuromedizin. Ich möchte Sie herzlich einladen, diese seltene Gelegenheit zum fächerübergreifenden Dialog zu nutzen und die Neurowoche zu besuchen, die in diesem Jahr unter dem Motto „köpfe – impulse – potenziale“ steht.

Überall steht die Medizin vor Veränderungen: ob demografischer Wandel und zunehmende Bedeutung der Altersmedizin, wachsender ökonomischer Druck und Kliniksterben, das Aufbrechen der Sektorengrenzen und neue Arbeitsbedingungen, Transparenz statt Elfenbeinturm oder die sich ändernden Bedürfnisse des medizinischen Nachwuchses mit neuen Idealen für die Lebens- und Berufsplanung. In diesem Wandel zeigen die neuromedizinischen Fächer eine erfreuliche Wachstumsdynamik und Stärke, die es ihnen erlaubt, auf die großen Trends nicht nur zu reagieren, sondern sie auch mitzugestalten.

Diesen großen Trends steht unser alltäglicher ärztlicher Mikrokosmos gegenüber: Wir arbeiten als Neuromediziner in den gewohnten Strukturen, wir behandeln unsere Patienten bestmöglich mit dem uns zur Verfügung stehenden Wissen, mit den uns gegebenen Mitteln und Möglichkeiten. Insbesondere der Neurologe muss den ganzen Menschen im Blick behalten, ihn ganzheitlich betrachten. Voraussetzung dafür ist die enge Zusammenarbeit mit anderen (neuro-) medizinischen Fachgebieten, also ein hoher Grad an Interdisziplinarität.

Werfen Sie einen Blick über den Tellerrand ...

Den dafür notwendigen Blick über den Tellerrand bietet die interdisziplinäre Neurowoche: mit wissenschaftlichen Vorträgen in höchster Qualität, zertifizierten Fortbildungskursen, fächerübergreifendem Austausch und Diskurs und schließlich auch strukturellen Analysen, wie etwa in der Eröffnungsveranstaltung – unter anderem mit Festvorträgen des Generationenforschers Professor Bernd Raffelhüschen zum demografischen Wandel und seinen Folgen für unser Gesundheitssystem und des Schlaganfallexperten Professor Werner Hacke zu den Erfolgen und Herausforderungen der Schlaganfalltherapie. In der Veranstaltung „Klinische Forschung – Standort Deutschland“ diskutiert eine hochkarätig besetzte Expertenrunde, unter anderem mit den Chefs des Gemeinsamen Bundesausschusses

(G-BA), des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller (vfa).

... und gestalten Sie die Zukunft der Neuromedizin mit!

Im DGN(forum, unserer berufspolitischen Diskussionsbühne, geht es unter anderem um die Rolle der Neurologie in der Altersmedizin, aktuelle Fragen der Patientenverfügung oder die Vereinbarkeit von Beruf und Familie in der Neurologie. Die „Jungen Neurologen“ bieten mit einem eigenen, umfangreichen Nachwuchsprogramm Gelegenheit, sich fachlich weiterzubilden und Kontakte zu erfahrenen Neurologen zu knüpfen. Das Präidentensymposium widmet sich den Schnittstellen der Neurologie mit anderen medizinischen Disziplinen: der Geriatrie, der Rehabilitation sowie der Schmerz- und Schlafmedizin – um nur einige Höhepunkte zu nennen.

Die ganzheitliche Vielfalt des Programms rund um Gehirn und Nerven ist das Besondere der Neurowoche. Ein Highlight sind die interdisziplinären Symposien, an denen Vertreter aus den verschiedenen neuromedizinischen Fachdisziplinen teilnehmen. Das ist neu, denn auf bisherigen Neurowochen hat jede Fachgesellschaft ihre eigenen Symposien konzipiert, Veranstaltungen zu ähnlichen Themen liefen parallel, ohne die Möglichkeit zum fächerübergreifenden Austausch. Dieser umfassende Diskurs ist nur möglich, weil sich auf der Neurowoche Neurologie, Neuropädiatrie, Neuroanatomie, Neuropathologie, Neurochirurgie und Neuroradiologie miteinander vernetzen und weil ein ganzes Heer von ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern dieses Festival der Neuromedizin seit Jahren vorbereitet hat. Besonderer Dank gilt dem Neurowochen-Koordinator Professor Wolfgang H. Oertel und dem Kongresssekretär Dr. Christoph Best, den Verantwortlichen aller beteiligten Fachgesellschaften sowie den Programmkommissionen, die ein hervorragendes wissenschaftliches Curriculum zusammengestellt haben.

Mit Ihrem Besuch der Neurowoche 2014 gestalten Sie die Zukunft der Neuromedizin mit. Ich freue mich auf einen spannenden, fächerübergreifenden Austausch mit Ihnen!

Ihr



köpfe – impulse – potenziale

... lautet das Motto der Neurowoche 2014. Der 87. Kongress der DGN findet – wie alle vier Jahre – im Rahmen der Neurowoche statt. 2014 ist also ein Kongress-Schaltjahr!

Mit dieser Sonderausgabe des NeuroTransmitters möchten wir mit den Empfehlungen aus der Sicht des BDN (Seite 14), der DGN (Seite 12) und der Jungen Neurologen (Seite 50) erste Orientierungshilfen zum umfangreichen Kongressprogramm geben.

Einen Schwerpunkt des Heftes bildet das Thema Weiterbildung. Wir berichten zum Sachstand der Novellierung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO), zu den Möglichkeiten für Weiterbildungsassistenten im stationären und ambulanten Bereich und über die Gutachterausbildung für neurologische und psychiatrische Fachärzte.

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:

© kimberlywood / iStockphoto.com, Bearbeitung: Edda Führer

3 Editorial

5 Geleitwort

Der BDN

10 Vorgestellt – Ihre Ansprechpartner beim BDN

Kongresslotse Neurowoche

12 Highlights und Empfehlungen

Was Sie nicht versäumen sollten
Frank Miltner, Pressestelle der DGN, München

16 Der BDN auf der Neurowoche 2014 in München

Uwe Meier, Grevenbroich

Weiterbildung

18 Anpassung an die Versorgungsrealität

Die Novellierung der MWBO

Gereon R. Fink, Köln, Uwe Meier, Grevenbroich, Christian Gerloff, Hamburg, Frank Bergmann, Aachen, Martin Grond, Siegen

22 Akutstationäre neurologische Weiterbildung

Wo soll die Reise hingehen?

Christian Gerloff, Hamburg

27 Ambulante neurologische Weiterbildung

Eine interessante Alternative

Martin Delf, Hoppegarten/Berlin, Frank Freitag, Potsdam

31 Fachspezifische Gutachten

Gutachterausbildung für neurologische und psychiatrische Fachärzte

Frank Bergmann, Aachen, Rolf Schneider, Aschaffenburg

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: Joachim Krieger (President Professional Businesses),
Fabian Kaufmann

Leitung Zeitschriften Redaktion: Markus Seidl

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 Szosteki (-1346),
Dr. rer. nat. Thomas Riedel (-1327), Thomas Müller, Monika Hartkopf (CvD, -1409),
Bernadette Helms (Assistenz, -1368)

Herstellung: Ulrike Drechsler (Leitung), Tel.: 06221 4878-662,
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. 16 vom 1.10.2013.

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: 24 €. Jahresabonnement: 204 € (für Studenten/AIP: 122,39 €) jeweils zzgl. Versandkosten Inland 30 €, Ausland 49 €, inkl. MwSt.. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 51 € 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 Gebührensatzung 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



Rund um den Beruf

34 Honorarentwicklung Neurologie

Verlässliche Daten aus dem ZI-Praxis-Panel (ZIPP)

Uwe Meier, Grevenbroich, Frank Bergmann, Aachen

38 NPV auf neuen Pfaden

Entwicklung von Versorgungsstrukturen und Honoraren

Uwe Meier, Grevenbroich

41 Warum Allianzen so wichtig sind

Der Spitzenverband ZNS (SPiZ)

Uwe Meier, Grevenbroich

42 Qualitätssicherung in der MS-Versorgung

Sicherheit durch Behandlungsempfehlungen und Therapieregister

Heinz Wiendl, Münster

Neurologen im Netz

46 Immer aktuell mit Smartphone und Tablet

Die neu gestalteten Internetseiten der Berufsverbände

Arne Hillienhof, Köln

46 Relaunch des Patienteninformationsportals

Die „Neurologen und Psychiater im Netz“ erhielten 2,8 Millionen Besuche im letzten Jahr

Jochen Lamp, Frankfurt

Junge Neurologen

49 Für das Fach begeistern ...

Aktivitäten zur Nachwuchsförderung für Studenten

Christiana Ossig, Berlin, Maria Czunczelat, Rotenburg, Thomas Ihl, Berlin, Dietrich Sturm, Essen

50 Neurowoche – Medizin für kluge Köpfe

Das Kongressprogramm der Jungen Neurologen

9 Impressum

26 Buchbesprechung

52 Pharmaforum

56 Verbandsservice

Ihre Ansprechpartner beim BDN

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

Der Vorstand des BDN



1. Vorsitzender
Dr. med.
Uwe Meier

umeier@
t-online.de



2. Vorsitzender
Prof. Dr. med.
Christian
Gerloff

gerloff@
uke.de



Kassenwart
Dr. med.
Martin Delf

dr.delf@
neuroprax.de



Schriftführer
Prof. Dr. med.
Heinz Wiendl

heinz.wiendl@
ukmuenster.de

Beisitzer



Dr. med.
Dipl.-Psych.
Heinz Herbst

heinz.herbst@
t-online.de



PD Dr. med.
Elmar Busch

busch@
evk-ge.de



Prof. Dr. med.
Peter Berlit

peter.berlit@
krupp-kranken-
haus.de



Dr. med. Frank
Bergmann

bergmann@
bvdn-nord-
rhein.de

Die BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg	Dr. med. Wolfgang Freund	freund-uhl@t-online.de
Bayern	Dr. med. Karl-Otto Sigel	karl.sigel@gmx.de
Berlin	Dr. med. Walter Raffauf	raffauf@neuropraxis-mitte.de
Brandenburg	Dr. med. Martin Paul	mail@neurologe-luebben.de
Bremen	Dr. med. Helfried Jacobs	cristina.helfried@t-online.de
Hamburg	Dr. med. Heinrich Goossens-Merk	dr.goossens-merkt@neurologie-hamburg.net
Hessen	Dr. med. Thomas Briebach	praxis@nervenarzt-friedberg.de
Mecklenburg-Vorpommern	Dr. med. Liane Hauk-Westerhoff	liane.hauk-westerhoff@nervenaerzte-rostock.de
Niedersachsen	Dr. med. Elisabeth Rehkopf	elisabeth.rehkopf@web.de
Nordrhein	Dr. med. Uwe Meier	umeier@t-online.de
Rheinland-Pfalz	Dr. med. Günther Endrass	g.endrass@gmx.de
Saarland	Dr. med. Richard Rohrer	rohrer@zns-igb.de
Sachsen	Dipl. med. Mario Meinig	mario.meinig@t-online.de
Sachsen-Anhalt	Dr. med. Michael Schwalbe	schwalbenhorst@t-online.de
Schleswig-Holstein	Dr. med. Uwe Meyer-Hülsmann	uwemh@t-online.de
Thüringen	Dr. med. Dirk Neubert	dirk@neubert.net
Westfalen	Dr. med. Martin Bauersachs	info@klemt-bauersachs.de

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
Anhaltzahlen/Qualitätssicherung: Fritjof Reinhardt, Paul Reuther
Rehabilitation: Harald Masur
CME: Friedhelm Jungmann, Paul Reuther
DRG: Rolf Hagenah, Reinhard Kiefer

Die Geschäftsstelle der Berufsverbände BVDN/BDN/BVDP/SPIZ, des BV ANR & QUANUP

In der Geschäftsstelle der Berufsverbände werden die Interessen von insgesamt zirka 3.500 Mitgliedern vertreten. Sie hat ihren Sitz seit 2008 in Krefeld. In der restaurierten, denkmalgeschützten Hofanlage Gut Neuhoof aus dem 18. Jahrhundert steht mit 160 Quadratmetern, verteilt auf zwei Ebenen, genügend Raum zur Verfügung. In unmittelbarer Nähe zur Autobahn A57 und des Düsseldorfer Flughafens ist die Geschäftsstelle sehr zentral gelegen.

Alle unter einem Dach – Synergieeffekte inklusive

Dass alle Berufsverbände unter einem Dach vereint sind, führt zu Synergieeffekten nicht nur im Bereich der Mitgliederverwaltung, sondern auch in der Organisation und Durchführung von Veranstaltungen auf Landes- und Bundesebene. Wir organisieren zum Beispiel den jährlich stattfindenden Neurologen- und Psychiatertag, in diesem Jahr zum Thema „Fatigue in Neurologie und Psychiatrie“ mit etwa 160 Teilnehmern. Schon jetzt bereiten wir den 13. Neurologen- und Psychiatertag (am 18. April 2015 in Köln) vor. Weiterhin betreuen wir die Veranstaltungsreihe: „Coaching-Kompetenz für Fachärzte“, unter der Leitung von Dr. Annette Haver, bei der seit Einführung im Jahre 2012 bereits 25 Coaches ausgebildet wurden.

Traditionell finden wieder die „Berufspolitischen Seminare“ bundesweit in 15 Städten noch bis November mit den Referenten Dr. Uwe Meier, Dr. Frank Bergmann und Dr. Gunther Carl statt.

Wir sind auf folgenden jährlich stattfindenden Kongressen vertreten, wo wir Ihnen gerne für Fragen und Anregungen zur Verfügung stehen: Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, DGN-Kongress, DGPPN-Kongress.

Alle Informationen, finden Sie natürlich auch auf der Homepage unter:

www.bv-neurologe.de



Dagmar Differt-Fritz
Leiterin der Geschäftsstelle
Geschäftsführerin der CORTEX
Management GmbH
bdn-neurologen@t-online.de



Thorsten Seehagen
bdn-neurologen@t-online.de



Die Geschäftsstelle in Krefeld



Konferenzraum für
Veranstaltungen mit
bis zu zwölf Personen

Öffnungszeiten

Aufgrund der vielen Mitgliederanfragen haben sich unsere Geschäftszeiten zum 1. August 2014 geändert. Wir stehen Ihnen nun von Montag bis Freitag in der Zeit von 8:30 – 17:30 Uhr zur Verfügung.

BDN-Geschäftsstelle

Gut Neuhoof, Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld
Tel.: 02151 45 46 920/921, Fax: 02151 45 46 925
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
bdn-neurologen@t-online.de
bvanr@t-online.de



87. DGN-Kongress 2014 in München

Highlights und Empfehlungen



Alle vier Jahre kommt es neben dem jährlichen DGN-Kongress zu einem besonderen Highlight: der Neurowoche. In ihrem Rahmen richtet die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), Veranstalter der Neurowoche 2014, gleichzeitig ihren 87. Kongress aus. Beteiligt sind weiterhin die Gesellschaft für Neuropädiatrie mit ihrer 40. Jahrestagung sowie die Deutsche Gesellschaft für Neuropathologie und Neuroanatomie mit ihrer 59. Jahrestagung. Die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie sind mit eigenen interdisziplinären Veranstaltungen präsent.

Der größte interdisziplinäre Kongress der deutschsprachigen klinischen Neuromedizin bündelt die neuesten Erkenntnisse aus Neurologie, Neurochirurgie, Neuroradiologie, Neuropädiatrie, Neuroanatomie und Neuro-pathologie. Obwohl deutschsprachig, zählt die Neurowoche gemessen an der Zahl von 7.000 erwarteten Besuchern, mehr als 800 Vorträgen, 650 Postern, zahlreichen Industrieveranstaltungen, der Fachausstellung mit 21 Vereinen und Verbänden, 83 kommerziellen Ausstellern sowie dem berufspolitischen Programm im DGN(forum und dem Nachwuchsprogramm zu den drei größten neuromedizinischen Kongressen weltweit. Der fächerübergreifende Dia-

log, dieses Jahr unter dem Motto „Köpfe – Impulse – Potenziale“, erschließt neue Potenziale für die Versorgung der wachsenden Anzahl neurologischer Patienten.

Neben den bewährten Symposien zu Krankheitsbildern, Diagnosen und Therapien finden Sitzungen statt, die sich besonders dynamischen oder systemkritischen Gebieten beziehungsweise aktuellen Themen widmen. Wir stellen hier einige Höhepunkte des umfangreichen Programms im Internationalen Congress Center (ICM) in München vor. Der genaue Ablauf ist jeweils im Programm-Portal auf www.neurowoche2014.org sowie in der Kongress-App (für iPhone, iPad und Android) einzusehen.

Eröffnungsveranstaltung – hochkarätig besetzt

Die Eröffnung des DGN-Kongresses hat sich mit ihren hochkarätigen Vorträgen im festlichen Rahmen schon fast zu einem Pflichttermin für jeden Kongressteilnehmer entwickelt – im vergangenen Jahr mit mehr als 2.000 Besuchern. Auch 2014 sind wieder zahlreiche Höhepunkte garantiert, etwa die Ehrung herausragender Leistungen von Kollegen sowie Vorträge renommierter Gäste, darunter der bekannte Finanzwissenschaftler Professor Bernd Raffelhüschen, Direktor des Forschungszentrums Generationenverträge der Universität Freiburg und Berater der Bundesregierung zum demografischen Wandel, sowie

Professor Werner Hacke, einer der weltweit führenden Schlaganfall-Experten und Direktor der Neurologischen Universitätsklinik Heidelberg. Kongresspräsident Professor Wolfgang Oertel, Marburg, und der 1. Vorsitzende der DGN, Professor Martin Grond, Siegen, führen durch die Veranstaltung und geben ein Update zu den wichtigsten strukturellen Veränderungen des Fachbereichs Neurologie und der DGN.

Münchener Tag

In München ist bekanntlich eine starke neuromedizinische Forschung mit zahlreichen Instituten und Forschungsgruppen zu Hause. Die bayerische Landeshauptstadt weist die höchste Ärztedichte Europas auf, hat als einzige deutsche Stadt zwei medizinische Fakultäten (Technische Universität und Ludwig-Maximilians-Universität) zu bieten, ist in der medizinischen Forschung breit aufgestellt – neben den Universitäten drei Max-Planck-Institute, das Helmholtz Zentrum für Umwelt und Gesundheit und die Hochschule Weihenstephan – wie sonst keine deutsche Metropole und verfügt über das weltweit einzigartige Schwindelzentrum. Am Montag, den 15. September, stellen sich neuromedizinisch-wissenschaftliche Arbeitsgruppen und Institute vor.

Late Breaking News

Die klinischen Neurowissenschaften sind noch immer in Bewegung und es kommen ständig neue Erkenntnisse von Bedeutung für die wissenschaftliche und klinische Arbeit hinzu. Professor Hans-Christoph Diener, Essen, berichtet in diesem 2013 eingeführten Format über die wichtigsten Studien in der Neurologie aus dem Zeitraum von Oktober 2013 bis August 2014 und die Konsequenzen für die klinische Praxis.

Präsidentensymposium

Das Präsidentensymposium des DGN-Kongresses unter Vorsitz von Professor Wolfgang Oertel und Professor Martin Grond bringt führende Köpfe verschiedener Disziplinen der Neurologie auf ein Podium, die Impulse geben und Potenziale für die Zukunft ausloten. Die Neurologie hat sich rasant gewandelt: von einem diagnostischen Konsiliarfach hin

zu einer aktiv therapierenden, auch in der Notfall- und Intensivmedizin verankerten Schlüsselmedizin, zur Geriatrie, der unser demografische Wandel immer mehr ältere Patienten zuführt, zur Spezialmedizin für Schmerz, Schlaf oder Schwindel und zur rehabilitativen und eingliedernden Neurologie. Wie hat all dies unser Fach verändert? Wo ist die Neurologie selbst zum Notfall geworden? Wo müssen strukturelle Weichen gestellt werden, damit das Fach nicht vom eigenen Erfolg überrollt wird? Und wo liegen die Konzepte, die auch in Zukunft noch tragfähig sind? Das Präsidentsymposium widmet sich diesen Fragen, setzt Schwerpunkte und Schlaglichter einer modernen, zukunftsfähigen Neurologie.

Geriatrie

Die Menschen werden immer älter und ihre Versorgung gilt als große Herausforderung für das Gesundheitssystem. Die meisten Neurologen arbeiten heute schon in der Altersmedizin – eine Geriatrie ohne Neurologie ist somit nicht vorstellbar. In einem interdisziplinären Symposium unter dem gemeinsamen Vorsitz von DGN und DGG (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie) am Mittwoch, den 17. September, wird die Rolle der „Neurologie in der Geriatrie“ in einem Impulsvortrag (Professor Andreas Jacobs, Bonn) intensiver beleuchtet. Weitere Themen: „Neurogeriatrie und Prävention“ (Dr. Matthis Synofzik, Tübingen), „Individualisierte Diagnostik und Therapie in der Neurogeriatrie am Beispiel der Leitsymptome Schwindel und Balancestörung“ (Professor Klaus Jahn, München) und „Wissenschaftliche Aufgaben der Neurogeriatrie“ (PD Dr. Walter Maetzler, Tübingen). Besonders freut sich die DGN, dass sie den Internisten und Vorsitzenden der DGG, Professor Ralf-Joachim Schulz, Köln, für den gemeinsamen Vorsitz mit dem 1. Vorsitzenden der DGN, Professor Martin Grond, gewinnen konnte. Dies unterstreicht die Bedeutung und die Interdisziplinarität der Altersmedizin für beide Fächer. Nach dem wissenschaftlichen Symposium findet am Nachmittag die berufspolitische Diskussion in der Diskussionsrunde „Altersmedizin“ im DGN(forum statt.



© DGN/Gust

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang H. Oertel, 2. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), DGN-Kongresspräsident 2014 und Koordinator der Neurowoche.

Poster Reception

Die Neurowoche dient dem fächerübergreifenden Austausch der beteiligten Disziplinen. Die Posterpräsentation wissenschaftlicher Ergebnisse, vor allem auch durch junge Neurowissenschaftler, hat daher einen besonderen Stellenwert: Die Posterbeiträge, die erstmalig auch als E-Poster möglich sind, werden in drei Posterführungen ausschließlich interdisziplinär präsentiert. Höhepunkt ist die „Poster Reception“ am Donnerstag, den 18. September, die ohne Parallelveranstaltung läuft. In kommunikativer Atmosphäre stehen die Posterautoren für Rückfragen und Diskussionen zur Verfügung. Der Kongresspräsident gibt die Posterpreisträger bekannt und verleiht die Preise. Die Posterpräsentation wird erstmals als Poster Reception durchgeführt: Alle Teilnehmer der Neurowoche sind herzlich eingeladen, bei alkoholfreien Getränken und Brezeln mit den Posterautoren ins Gespräch zu kommen und über den jeweiligen fachlichen Tellerrand zu blicken.

Klinische Forschung Neurologie – Standort Deutschland

Deutschland ist einer der international führenden Forschungsstandorte. Doch bei der klinischen Forschung, die eine Brücke von der experimentellen Forschung zum Patienten schlägt, hinkt das Land hinterher. Es mangelt an wissenschaftlicher Ausbildung, Zeit und Geld,

Höhepunkte der Neurowoche 2014

Montag, 15. September 2014

18.30 – 20.30 Uhr

Publikumsveranstaltung

Nerven behalten! So schützen Sie Ihr Gehirn

Dienstag, 16. September 2014

9.00 – 10.30 Uhr

Late Breaking News

Vorsitz: Prof. Hans-Christoph Diener, Essen

10.30 – 12.30 Uhr

Eröffnungsveranstaltung 87. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie

15.30 – 18.30 Uhr

Präsidentensymposium

Vorsitz: Prof. Martin Grond, Siegen,
Prof. Wolfgang Oertel, Marburg

Mittwoch, 17. September 2014

8.30 – 10.30 Uhr

Geriatric

Gemeinsamer Vorsitz: Prof. Martin Grond, Siegen, und Prof. Ralf-Joachim Schulz, Köln, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

14.00 – 15.00 Uhr

Berufspolitische Diskussion

„Altersmedizin – wo steht die Neurologie?“, DGN(forum)

15.00 – 16.30 Uhr

Patientenverfügungen – gängige Formulierungen und viele offene Fragen beim Wachkoma, DGN(forum)

Vorsitz: Prof. Wolfgang Heide, Celle

Ab 20.00 Uhr

Networking@Löwenbräukeller

Donnerstag, 18. September 2014

18.30 – 20.30 Uhr

Poster Reception

Freitag, 19. September 2014

12.00 – 14.00 Uhr

Spotlight 2014: Höhepunkte des Wissenschaftlichen Programms

Vorsitz: Prof. Alexander Storch, Dresden,
Dr. Christiana Ossig, Berlin

13.00 – 16.30 Uhr

Klinische Forschung Neurologie – Standort Deutschland

Symposium mit Podiumsdiskussion

Vorsitz: Josef Hecken, Berlin,
Prof. Wolfgang Oertel, Marburg

um mit guten klinischen Studien die Behandlung von vielen Millionen Patienten zu verbessern. Das Symposium „Klinische Forschung“ unter dem Vorsitz von Professor Wolfgang Oertel und Josef Hecken, Berlin, gibt in einleitenden Vorträgen einen Überblick über die aktuelle Situation und praktische Aspekte bei der Durchführung klinischer Studien wie regulatorisches Umfeld, Kostenkalkulation, Studien-Design oder Auswirkungen des AMNOG (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz).

Anschließend beleuchten führende Experten wie Josef Hecken, Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), und Professor Walter Lehmann, Direktor des Instituts für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie (IMSIE), in einer Podiumsdiskussion die Situation: Welchen Stellenwert hat die klinische Forschung in Deutschland – heute und in der Zukunft? Wie lassen sich die finanziellen Ressourcen steigern, wie kann man intelligente Strukturen schaffen und die klinische Forschung in Deutschland stärken? Die Diskussionsrunde wird von Dr. Andreas Jahn, Wissenschaftsjournalist und stellvertretender Chefredakteur des Magazins „Gehirn und Geist“ beim Spektrum der Wissenschaft Verlag moderiert.

Spotlight 2014: Höhepunkte des Wissenschaftlichen Programms

Dieses im vergangenen Jahr eingeführte Veranstaltungsformat gibt einen kritischen Überblick über die Highlights der freien Beiträge des wissenschaftlichen Programms (Poster/freie Vorträge), zusammengestellt und präsentiert von klinisch und wissenschaftlich renommierten Neurologen: Professor Jürgen Winkler, Erlangen, Professor Cornelius Weiler, Freiburg, Professor Martin Endres, Berlin, und Professor Alexander Storch, Dresden. Die Ergebnisse der Präsentationen werden bezüglich ihrer Qualität, ihrer Aktualität und ihrer medizinisch-wissenschaftlichen Relevanz ausgewählt und diskutiert. Das Programm umfasst das gesamte Spektrum von den grundlagenwissenschaftlichen bis zu den klinischen Neurowissenschaften. Die Beiträge sind bewusst nicht nach neurologischen Fachgebieten, sondern nach ih-

rem Bezug zur klinischen Neurologie geordnet, um dadurch interessante Zusammenhänge der verschiedenen Subdisziplinen aufzuzeigen. Die Veranstaltung findet in Zusammenarbeit mit den „Jungen Neurologen“ statt.

Networking@Löwenbräukeller

Neue Kontakte knüpfen und alte Kontakte pflegen – diese Gelegenheit bietet sich am Mittwochabend in lockerer Atmosphäre im Münchner Löwenbräukeller. Der Eintritt zu diesem neuen gesellschaftlichen Veranstaltungsformat ist kostenfrei, Speisen und Getränke werden auf Selbstzahlerbasis angeboten. Eine Voranmeldung ist nicht notwendig, die Zahl der Sitzplätze ist allerdings begrenzt. Die Veranstaltung löst im Jahr 2014 erstmals die bisherige DGN-Party-Night ab.

Publikumsveranstaltung – mit Weltrekordversuch

Ein Leben lang gesund und fit im Kopf, mit klarem Verstand – das wünscht sich jeder. Doch unser zentrales Denk- und Steuerorgan braucht Pflege und Training, um lange gesund und leistungsfähig zu bleiben. Was jeder selbst dafür tun kann, das erfahren die Münchner Bürger und die Medien am ersten Tag der Neurowoche in der öffentlichen Veranstaltung der DGN „Nerven behalten! So schützen Sie Ihr Gehirn“. Professor Wolfgang Oertel, Marburg, Professor Barbara Tettenborn, St. Gallen, und PD Dr. Doreen Huppert, München, beleuchten darin Themen rund um das Gehirn: von der Bedeutung des Schlafes über den positiven Einfluss von Sport bis hin zur nüchternen Betrachtung der Wirkung von zu viel Oktoberfestbier auf das Gehirn. Als Höhepunkt verrät der bekannte Gedächtnistrainer, Neurowissenschaftler und Weltrekordhalter im Namenmerken Dr. Boris Nikolai Konrad dem Publikum seine Tricks und beweist eindrucksvoll, zu welchen Höchstleistungen ein gut trainiertes Gehirn fähig ist. □

AUTOR

Frank Miltner, Pressestelle der DGN

Der BDN auf der Neurowoche 2014

Selbstverständlich ist der BDN auf der Neurowoche 2014 in München vertreten. Wir möchten besonders auf die Veranstaltung des BDN-Forums hinweisen, die einen Blick in die Zukunft der Neurologie wirft.

Impulsvorträge und Podiumsdiskussion

Die Herausforderungen zur Sicherstellung einer neurologischen Patientenversorgung in der Zukunft sind immens. Bei steigenden Prävalenzen neurodegenerativer und -vaskulärer Erkrankungen aufgrund der demografischen Entwicklung einerseits und zunehmender Therapiemöglichkeiten etwa im Bereich entzündlicher ZNS-Erkrankungen andererseits nimmt der Versorgungsbedarf kontinuierlich zu. Stationäre und ambulante Versorgungskapazitäten werden schon jetzt kaum dem vorhandenen Bedarf gerecht. Diese Erkenntnis wird von der Politik – zumindest was die Bedeutung der ZNS-Fächer betrifft – nicht angemessen gewürdigt. Stattdessen werden politisch immer noch anachronistisch anmutende Konzepte zur Wettbewerbssteigerung zwischen den Sektoren favorisiert und intelligente sektorenübergreifende Versorgungskonzepte nicht gefördert. Die Neurologenschaft muss hier zusammenstehen und selbst Konzepte für effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung entwickeln. In Impulsvorträgen wagen wir einen Ausblick in die nähere und fernere Zukunft zu ausgewählten Aspekten wie Kooperation, Weiterbildung, Dokumentation und Kommunikation mit anschließender Podiumsdiskussion.

Nach meinem Einleitungsvortrag zu der versorgungspolitischen Bedeutung neurologischer Erkrankungen wird Dr.

Frank Bergmann über die Idee von Weiterbildungsverbänden berichten. Die Fortschritte des Fachgebietes und das wachsende Spektrum der Ausbildungsinhalte machen in der Zukunft intelligente Weiterbildungskonzepte erforderlich. Weiterbildungsverbände wären ein wichtiger Schritt in diese Richtung.

Professor Heinz Wiendl zeigt die Möglichkeiten einer sektorenübergreifenden Umsetzung von Dokumentation, Behandlungspfaden und Entscheidungs-algorithmen einschließlich virtueller Fallkonferenzen auf – auch als mögliche Blaupause für zukünftige Struktur- oder Selektivverträge am Beispiel der MS. Professor Christian Gerloff schließt in seinem Vortrag daran an und wird über erste Erfahrungen mit einer zu 100 % digitalisierten Patientenakte sowie seine Eindrücke zu einem „Future-Hospital“ im Rahmen einer USA-Reise berichten.

Welche Kooperationsformen und sektorenübergreifende Versorgungsmodelle werden bereits jetzt schon in anderen Fachgebieten gelebt und was kann in der Zukunft für die Neurologie interessant sein? Verbandsjurist Ingo Pflugmacher wird diese Frage vertiefend aufgreifen, über die Onkologie-Vereinbarung, Tumorboards sowie Zentrumsbildungen in anderen Fachgebieten sprechen und kritisch mit Blick auf künftige neurologische Versorgungsmodelle würdigen.

Die Bedeutung der Neurologie für die Volksgesundheit bedarf statisch gesehen eigentlich keiner besonderen Darstellung. Aber ist dies auch Nicht-Neurologen klar? Simone Hoffmann, Direktorin der Unternehmenskommunikation der Paracelsuskliniken und ehemalige Presssprecherin der Universität Münster, stellt in ihrem Vortrag die Möglichkei-

ten dar, wie wir Versorgungsqualität auch nach außen zum Beispiel gegenüber Patienten und Krankenkassen professionell kommunizieren können.

AUTOR

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

BDN-Forum: Neurologie 2.0 – Ein Blick in die Zukunft der Versorgung

Impulsvorträge und Podiumsdiskussion

Donnerstag, 18. September, 13.30 – 15.00 Uhr, Ort: DGN-Forum im 1. OG

Vorsitz: Prof. Christian Gerloff, Hamburg, Dr. Uwe Meier, Grevenbroich

Dr. Uwe Meier, Grevenbroich: Epidemiologie und Sicherstellung – eine sektorenübergreifende Herausforderung für die Neurologie

Dr. Frank Bergmann, Aachen: Ambulante stationäre Weiterbildungsverbände – ein Modell für die (nahe) Zukunft?

Prof. Heinz Wiendl, Münster: Konzepte von sektorenübergreifenden Qualitäts- und Dokumentationsstandards am Beispiel MS

Prof. Christian Gerloff, Hamburg: 100 % digitale Patientenakte und das Future Hospital – Erfahrungen und Reisebericht

Fachanwalt Dr. Ingo Pflugmacher, Bonn: Sektorenübergreifende Zentrumsbildung und interdisziplinäre Teambildung – Was ist in anderen Fachgebieten bereits Realität und was sind Vorbilder für die Neurologie?

Simone Hoffmann, Unternehmenskommunikation, Münster: „Tue Gutes und rede drüber – aber richtig“ Kommunikationsstrategien für Kompetenzzentren

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Novellierung der MWBO

Anpassung an die Versorgungsrealität



© Gina Sanders / Fotolia.com

Der 113. Deutsche Ärztetag hatte die Bundesärztekammer (BÄK) im Jahr 2010 beauftragt, eine kompetenzbasierte Novellierung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) vorzunehmen. Die aktuelle Überarbeitung der MWBO durch die BÄK gemeinsam mit den Fachgesellschaften stellt nun die Weichen für die Weiterbildung in der Neurologie in den nächsten Jahren, da sich die Landesärztekammern an der MWBO orientieren.

Ziele der MWBO-Novellierung sind die Flexibilisierung der Weiterbildung, der Abgleich mit dem Berufs- und Sozialrecht sowie eine didaktisch adäquate und versorgungsgerechte Definition von Richtzahlen. Dabei sollen die Auswirkungen der MWBO 2003/2007, auch im Hinblick auf die Entwicklung von Common Trunk und Spezialisierung, sowie die Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung und die Abgrenzung von Gebiets- und Facharztdefinitionen berücksichtigt werden. Die Novellierung der MWBO soll in Absprache mit den Berufsverbänden und Fachgesellschaften die Qualität der Versorgung, den tatsächlichen Bedarf, die Flexibilität und die Europakompatibilität berücksichtigen.

Flexible Anpassung durch Module

Insbesondere soll die neue MWBO so weit wie möglich Inhalte und Kompetenzen statt Zeitvorgaben vermitteln, auch damit sich vergleichbare Kompetenzen aus einem Fachgebiet in andere Fachgebiete übertragen lassen. Diese Flexibilität und Durchlässigkeit soll helfen, die Anpassung der Weiterbildung an die Versorgungsrealität zu erleichtern. Konkret hat der Deutsche Ärztetag vorgegeben, dass die Weiterbildung als modulares System gestaltet werden soll.

Module sollen inhaltlich eigenständig und mit einer Teilprüfung abgeschlossen werden können. Der Inhalt der Module soll dann nicht mehr Bestandteil der Facharztprüfung sein. Einzelne Module sollen auch über Fachgebiete hinweg kompatibel sein. Hintergrund dieser Forderungen ist der Ärztemangel, der eine größtmögliche Flexibilisierung der ärztlichen Weiterbildung geboten erscheinen lässt: Jungen Kollegen soll eine Integration von Berufstätigkeit und Familienleben auch in der Weiterbildungsphase erleichtert werden. Da die Facharztqualifikation nach wie vor Voraussetzung dafür ist, in der Versorgung gesetzlich Versicherter tätig zu werden, soll die flexibilisierte Gestaltung der ärztlichen Weiterbildung helfen, dass wieder weniger junge Ärzte der kurativen Medizin den Rücken kehren. Die neue MWBO soll so eine individuelle Karriere- und Lebensplanung erlauben und damit einen wesentlichen Beitrag zum Erhalt des Berufsstandes leisten. Sie soll auch berufsbegleitende Weiterbildungsmöglichkeiten schaffen, die ambulante Weiterbildung stärken und Verbundbefugnisse ausbauen.

Ein weiterer Auftrag an die neue MWBO ist der Abgleich mit dem Berufs- und Sozialrecht. Hier ist nicht nur die Abstimmung mit der KBV gemeint, son-

dern konkret soll auf den doppelten Nachweis von Befähigungen/Prüfungen bei KVen und Landesärztekammern verzichtet werden. Außerdem soll der Qualitätssicherungsdebatte nach § 135 Abs. 2 SGB V Rechnung getragen werden. Bezüglich didaktisch adäquater und versorgungsgerecht definierter Richtzahlen soll die neue MWBO die inhaltlichen Anforderungen auf Kernbereiche eingrenzen und die Richtzahlen am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren.

Kompetenzlevel und Richtzahlen

Tabelle 1 auf Seite 20 veranschaulicht am Beispiel des krankheitsübergreifenden Themas „Notfälle“ den Aufbau der neuen MWBO (Entwurf Neurologie) (Tab. 1): Der Kompetenzlevel 3 definiert die konkret zu erwerbenden Kenntnisse und Fertigkeiten bei der Erstversorgung kritisch kranker Patienten. Der Kompetenzlevel 4 definiert Richtzahlen, aber auch Richtzahlen-unabhängige Belege für den Kenntnis- und Kompetenzerwerb. Der mittlere Teil der Tabelle 1 veranschaulicht den Aufbau am Beispiel Tumorerkrankungen und Raumforderungen.

Die vorgegebenen Richtzahlen im Kompetenzlevel 4 können an einzelnen Weiterbildungsstätten zu Problemen

führen, aus diesem Grund wurde auf eine Definition von Richtzahlen an vielen Stellen bewusst verzichtet. Dies führt jedoch unmittelbar zur Frage, wie die Qualität des Erwerbs von Kompetenzen auf dem Level 3 gesichert werden kann, wenn keine Richtzahlen definiert werden. Muss zum Beispiel eine Hirnödemtherapie durchgeführt werden oder ist es ausreichend, sie mitbetreut zu haben? Hier sind die Grenzen einer MWBO erreicht – die noch gültige MWBO war hier allerdings noch wesentlich weniger konkret (MWBO 2003 in der Fassung vom 25. Juni 2010, „Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in den Grundlagen der gebietsbezogenen Tumorthherapie“).

Letztlich wird auch in Zukunft die Qualitätssicherung der Weiterbildung in der Verantwortung des Weiterbilders liegen. Ein anschauliches Beispiel hierfür ist auch die neurologische Intensivmedizin. Die gültige WBO fordert den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der intensivmedizinischen Basisversorgung. Der neue Entwurf der MWBO für die neurologische Intensivmedizin wird hier sehr viel konkreter (Tabelle 1 unten). Auch hier können die zurzeit vorgegebenen Richtzahlen an einzelnen Weiterbildungsstätten zu Problemen führen, zum Beispiel weil ein sich in der Weiterbildung befindender Arzt zu wenig Intubationen durchführen oder zentralvenöse Katheter anlegen kann. Andererseits sollte die Neurologie nicht den Kompetenzerwerb in der Neurointensivmedizin aufgeben. Die Neurointensivmedizin veranschaulicht beispielhaft die Komplexität der neurologischen Versorgungsrealität.

Das Problem von Richtzahlen muss nicht nur für die angeführten Beispiele noch intensiv diskutiert werden: Auch Kernkompetenzen in der Psychiatrie oder Geriatrie werden sicher genau belegt werden müssen, um den Austausch mit den Fächern attraktiv zu gestalten und um die Versorgungskompetenz für diese Patienten auch belegen zu können. Im zurzeit vorliegenden Entwurf der MWBO für die Neurologie sind psychiatrische Inhalte eingearbeitet (Kompetenzlevel 3), aber noch ohne Richtzahlen. Hier befindet sich der Vorstand der DGN im intensiven Dialog mit der Psy-

chiatrischen Fachgesellschaft (DGPPN) und den Berufsverbänden (BVDN, BDN).

Facharzt für Neurologie und Geriatrie

Die Rolle der Neurologie in der Geriatrie ist gegenwärtig Thema intensiver Diskussionen der Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG), Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), DGN und DGPPN). Das Thema veranschaulicht insbesondere auch die Problematik der Versorgungsrealität: Die Bedeutung der Altersmedizin nimmt vor dem Hintergrund des soziodemografischen Wandels exponentiell zu und die Neurologie ist hierbei eine tragende Säule der Versorgungsrealität, die in der neuen MWBO abgebildet werden muss. Um die Versorgungsrealität widerzuspiegeln, enthält die neue MWBO explizit nicht nur geriatrische Weiterbildungsinhalte, sondern sieht in ihrem Entwurf in Zukunft auch den „Facharzt für Neurologie und Geriatrie“ vor. Damit wird inhaltlich wie politisch nach innen und außen veranschaulicht, dass die Versorgung der älteren Patienten eine originär interdisziplinäre Aufgabe ist sowie nervenärztliche und neurologische Themen bei der fachärztlichen Versorgung geriatrischer Patienten nicht vernachlässigt werden dürfen.

Weiterbildungsdauer und Aufweichung von Sektorengrenzen

Die Verlängerung der Weiterbildung von fünf auf sechs Jahre ist Folge der ständig zunehmenden Komplexität des Faches wie auch der Versorgungsrealität. In den meisten Fachbereichen dauert die Weiterbildung bereits sechs Jahre. Auch die Neurologie ist längst kein kleines Fach mehr, die Differenzierung des Faches wird möglicherweise in Zukunft auch eine weitere Spezialisierung innerhalb der Neurologie erfordern. Doch zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind sich die Fachgesellschaften und Berufsverbände mit der Bundesärztekammer einig, dass eine Aufteilung des Fachgebietes nicht sinnvoll ist. Klar ist aber, dass der niedergelassene Bereich in Zukunft stärker in die Weiterbildung einbezogen wird.

Auch dies bildet die Versorgungsrealität ab: Viele neurologische Erkran-

Aktueller Stand der MWBO-Novellierung

Die Novellierung der MWBO erfolgt unter Beteiligung ärztlicher Organisationen im Internet auf einer eigens dafür eingerichteten Wiki-BÄK-Plattform. Dieses Verfahren stellt einen transparenten Austausch zur inhaltlichen Gestaltung sicher. Der mit den Berufsverbänden abgestimmte Entwurf der neuen MWBO für die Neurologie wurde zum 30. April 2013 eingestellt und befindet sich (als Version 1) in der Kommentierungs- und Konsentierungsphase mit den Fachgesellschaften anderer Bereiche, den Berufsverbänden und Dachorganisationen. Seit dem 1. Juli 2013 läuft zudem ein Konvergenzverfahren zwischen den Landesärztekammern und der BÄK, das in eine Version 2 der neuen MWBO münden soll, die voraussichtlich ab Sommer/Herbst 2014 zur weiteren Kommentierung veröffentlicht wird. Im September 2013 wurde beschlossen, den Zeitplan zur MWB-Novellierung zu verlängern und eine Befassung mit der neuen MWBO erst auf dem Deutschen Ärztetag 2015 oder 2016 vorzunehmen. Unabhängig davon, wann (und in welcher Form) die neue MWBO dann verabschiedet wird, Übergangszeiten werden sicherstellen, dass für die sich gegenwärtig in der Weiterbildung befindenden Ärzte keine Nachteile entstehen.

kungsbilder werden im ambulanten Sektor betreut, weil bei ihnen keine Indikation zur stationären Aufnahme besteht. Dieser Trend wird zunehmen und dafür sorgen, dass die Sektorengrenzen weiter aufweichen. In Bezug auf die differenzierten Versorgungsrealitäten von ambulant und stationär tätigen Neurologen wird ein gemeinsames Curriculum helfen, die Einheit des Fachgebiets Neurologie zu gewährleisten. Es wird jedoch auch künftig nicht dazu führen, dass die Weiterbildung ohne Ausbildung im Krankenhaussektor erfolgen kann. Allerdings ist zu erwarten, dass die neue MWBO dafür sorgen wird, die Qualität der Weiterbildung und der Weiterbildungsstätten noch stärker als bisher bei der Wahl des Ausbildungsortes in den Mittelpunkt zu stellen. Evaluationen der Weiterbildung sowohl durch die Landes-

Tab. 1: Gestaltung der Weiterbildungsinhalte mittels Kompetenzblöcken: Entwurf Neurologie und Neurologische Intensivmedizin

Kompetenzblock Kategorie	Weiterbildungsinhalte Kompetenzlevel 2 Zum Thema ...	Weiterbildungsinhalte Kompetenzlevel 3 ... werden zumindest ausreichende Kenntnisse erworben und Fertigkeiten beherrscht ...
A Grundlagen/krankheitsübergreifende Themen		
Notfälle	Erstversorgung des kritisch kranken Patienten	<ul style="list-style-type: none"> – Intensivmedizinische Basisversorgung inklusive Reanimation – Vigilanzgeminderte und komatöse Patienten – Neurovaskulärer Notfall – Epidurale/subdurale Blutungen – Spinale Erkrankungen – Epileptische Anfälle inklusive Status epilepticus – Hypokinetische Krise – Myasthene Krise – Meningitiden/Enzephalitiden – Eklampsie/Präeklampsie – Schwindel – Kopfschmerz – Psychiatrische Notfälle, Verwirrheitszustände, Delir inklusive Alkoholentzugssyndrom, maligne Hyperthermie und malignes neuroleptisches Syndrom – Intoxikation
Tumorerkrankungen und Raumforderungen	Neurogliale hirneigene Tumore: – Glioblastom – Oligodendrogliale Tumore – Astrogliale Tumore	<ul style="list-style-type: none"> – Klinische Manifestation – Nosologische Einteilungsprinzipien – WHO-Gradierung – Bedeutung molekulargenetischer Signaturen – Therapieprinzipien – Prognose
	Meningeom	<ul style="list-style-type: none"> – Klinische Manifestation – Therapieprinzipien – Prognose
	Rückenmarkstumore	<ul style="list-style-type: none"> – Klinische Manifestation – Nosologische Einteilungsprinzipien – WHO-Gradierung – Therapieprinzipien – Prognose
	Neurinome, Schwannome	<ul style="list-style-type: none"> – Klinische Manifestation – Nosologische Einteilungsprinzipien – Therapieprinzipien – Prognose
	Metastasen	<ul style="list-style-type: none"> – Klinische Manifestation – Typische Primärtumore – Therapieprinzipien
Neurologische Intensivmedizin		<ul style="list-style-type: none"> – Erkennen einer (drohenden) Intensivpflichtigkeit und Erstversorgung – Methoden des (invasiven) Neuromonitorings – Neurologische Untersuchung des analgosedierten Patienten – Therapieprinzipien neurologischer Erkrankungen auf der Intensivstation – Behandlung von Elektrolytstörungen und Störungen des Säure-Basen-Haushalts – Erkennung von Critical-Illness-Myopathie und -Neuropathie – Erkennung und Therapie vegetativer Krisen und zentraler Atemregulationsstörungen – Anoxische Hirnschädigung: Prognoseeinschätzung und residuelle Defektsyndrome – Hirnödemtherapie – Lokale und Systemische Lysetherapie – Therapie des Status epilepticus – Hirntoddiagnostik – Frührehabilitation – Beatmungstechniken – Parenterale Ernährung

**Weiterbildungsinhalte
Kompetenzlevel 4**

... belegt durch (Richtzahlen u.a.):

Klinische Erstversorgung neurologischer Notfälle (200)

Erstversorgung eines Schlaganfalls einschließlich systemischer Lyse (30)

Regelmäßige Teilnahme an Ruf-, Bereitschafts- und Nachtdiensten

Intubationen (20)

Anlage zentralvenöser Katheter (20)

Indikationsstellung von Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapien inklusive der Erstellung von Therapieplänen parenteraler Ernährung (50)

Erstellung von Rehabilitationsplänen, Überwachung und epikritische Bewertung der Anwendung von Rehabilitationsverfahren inklusive der Beantragung von Phase B – Frührehabilitation (20)

Mitzeichnung eines Hirntodprotokolls (2)

ärztekammern als auch durch den Marburger Bund (Monitor 2014) legen hier noch Verbesserungsbedarf nahe: Nach wie vor werden die geforderten Weiterbildungsinhalte nicht ausreichend während des klinischen Alltags vermittelt. In vielen Fällen werden vorgeschriebene Weiterbildungsinhalte außerhalb der regulären Arbeitszeit erworben, immer noch sind strukturierte Weiterbildungspläne eine Seltenheit. Die verstärkte Einbeziehung nicht-klinischer Weiterbildungsstätten wird für Ärzte in Weiterbildung die Auswahlmöglichkeiten erhöhen. Es ist zu hoffen, dass dies zu einer Verbesserung der Ausbildungsqualität führen wird.

Ein weiteres wichtiges Ziel der Stärkung nicht-klinischer Weiterbildungsstätten ist aber auch, dass die jungen Kollegen die Praxistätigkeit kennenlernen: Mehrmonatige Weiterbildungsabschnitte in Praxen können helfen, die Attraktivität einer Niederlassung zu erhöhen. Die Qualität der Weiterbilder und Weiterbildungsstätten wird deswegen in Zukunft von noch größerer Bedeutung sein. Das Verfassen eines entsprechenden Anforderungskataloges wird nach Fertigstellung der neuen MWBO somit eine wichtige Aufgabe für die entsprechenden Gremien sein.

Fazit

Die wichtigste Veränderung, die die Novellierung der MWBO mit sich bringt: Statt Weiterbildungsorten und abzuleistender Zeiten dominieren in Zukunft Qualifikationen. Hierzu wurde ein vierstufiger Kompetenzkatalog erstellt, der Kenntnisse und Fertigkeiten definiert, die ausreichend beherrscht werden müssen. Die inhaltliche Anpassung an die zunehmende Breite und Tiefe des Faches, einschließlich der besonderen Aufgaben und Anforderungen an die Neurologie vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, führt zu einer Verlängerung der Weiterbildung auf sechs Jahre. □

AUTOREN

Prof. Dr. med. Gereon R. Fink, Köln
Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
Prof. Dr. med. Christian Gerloff, Hamburg
Dr. med. Frank Bergmann, Aachen
Prof. Dr. med. Martin Grond, Siegen

Hier steht eine Anzeige.



Akutstationäre neurologische Weiterbildung

Wo soll die Reise hingehen?

Kippt die Neurologie in den Krankenhäusern in Richtung „High throughput“-Notfallmedizin? Haben Änderungen in diese Richtung Konsequenzen für die Weiterbildung der engagierten Nachwuchsneurologen?



Bleibt die Gesamtweiterbildungszeit bei 60 Monaten, werden wir perspektivisch nicht umhinkommen, noch frühzeitiger die besondere Begeisterung Einzelner für spezielle Bereiche zu fördern und dafür andere (Spezial-)Bereiche auszulassen.

© Mathias Emert, Gynäkologische Gemeinschaftspraxis Lupp-Fernau

Die Intensivierung der Schlaganfallmedizin, der Intensivmedizin und zahlreicher aggressiver therapeutischer Verfahren, die enge Zusammenarbeit mit den interventionell tätigen Kollegen der Neuroradiologie, all das bewegt die Neurologie in eine Richtung, die sich von der traditionellen, oft kontemplativen Auffassung von klassischer Neurologie entfernt. Es gibt zahlreiche Indikatoren, die zeigen, dass sich die Neurologie in Deutschland positiv entwickelt, zum Beispiel die Zunahme der Mitgliederzahl in der Deutschen Gesellschaft für Neurologie von 1.058 im Jahr 1993 auf 7.581 im Dezember 2013, oder zum Beispiel die exzellenten Ergebnisse in der Schlaganfallversorgung [1] und die wachsende Zahl neurologischer Betten in den Krankenhäusern. Leider sprechen auch die steigenden Wartezeiten in der Praxis dafür, dass nicht nur die Fachrichtung „Neurologie“ wächst, sondern – und noch viel mehr – der Bedarf an neurologischer Fachkompetenz sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis. Werden wir diesen Anforderungen in der Weiterbildung gerecht? Nur partiell. Hier besteht sicherlich Optimierungspotenzial.

Herausforderung 1: zunehmende Spezialisierung

In vielen Bereichen ein Segen für die Patienten, aber problematisch für die Ausbildung: die zunehmende Spezialisierung. An einer neurologischen Klinik mit großer Stroke Unit (sagen wir zwölf Betten) und eigener Intensivstation (sagen wir ebenfalls zwölf Betten) dauert die akutneurologische Ausbildung erfahrungsgemäß mindestens zwölf, wenn nicht 18 oder mehr Monate. Bestehen zusätzlich noch Spezialeinheiten für Multiple Sklerose oder Neu-

rodegenerative Erkrankungen, kommen zwei Blöcke in diesen Units hinzu und 30 Monate der Ausbildung sind vorüber. Zwölf Monate sind für die Psychiatrie vorgesehen, bleiben noch 18 Monate. Wer eine gute elektrophysiologische Ausbildung und eine fundierte Ausbildung in der Neurosonografie bieten will, muss auch dort sechs bis zwölf Monate investieren, idealerweise kombiniert mit ambulanter Tätigkeit, zum Beispiel im Rahmen von Spezialambulanzen. Bleiben sechs Monate für die allgemeine Neurologie auf der Normalstation. Das ist ohne Zweifel zu wenig. Ganz zu schweigen davon, dass bis zu zwölf Monate Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurochirurgie, Neuropathologie, Neuroradiologie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie angerechnet werden können.

Die Konsequenz: Im Rahmen der Mindestforderung von 60 Monaten ist eine umfassende neurologische Weiterbildung mit fundierten akutneurologischen und allgemeinneurologischen differenzialdiagnostischen sowie apparativen Kenntnissen kaum zu leisten.

Herausforderung 2: Fehlen allgemeinneurologischer ambulanter Tätigkeiten

Zahlreiche Kliniken mit Weiterbildungsermächtigung betreiben keine KV-Ambulanzen mehr. Typische Krankheitsbilder, die einen in der Praxis ständig begleiten, wie das Karpaltunnelsyndrom oder auch radikuläre Syndrome unterschiedlicher Lokalisation, werden zur Seltenheit. Gesehen werden diese Patienten nur noch im Rahmen von Diensten oder bei Konsiliartätigkeit. Und was nützt die beste elektrophysiologische Ausbildung, wenn sich die typischen Krankheitsbilder rar machen.

Die Konsequenz: Erstens muss eine Differenzierung der Versorgungslandschaft mit Aufbau kooperativer akutstationärer, ambulanter und spezialfachärztlicher Strukturen (Praxen, MVZ, Notfallambulanzen, Klinikambulanzen), wie sie teilweise politisch bereits vorgesehen ist, von uns aktiv beworben und gelebt werden. Dies muss sich für Kliniken mit Weiterbildungsbefugnis und für ambulante Strukturen auch

ökonomisch abbilden lassen. Zweitens sollten Weiterbildungsverbände, wie sie von den Berufsverbänden favorisiert werden, etabliert werden.

Herausforderung 3: Bildgebungslastigkeit

Die herausragenden Fortschritte in der Neuroradiologie haben uns in neue diagnostische Dimensionen gebracht. Ob primäre ZNS-Vaskulitis oder PML, ob PRES oder Leukenzephalopathie und multiple ischämische Läsionen sowie Mikroblutungen bei CADASIL, ob ADEM oder ABRA, ohne multimodale MRT-Diagnostik hätten wir keinen Einblick in die Vielzahl der zum Teil subtilen, zum Teil desaströsen Veränderungen von Marklager und Kortex. So kommt es denn bisweilen vor, dass in der Facharztprüfung ein Prüfling zwar die MRT-Befunde bei CADASIL und die relevanten Kriterien einer ADEM kennt, jedoch mit der Beschreibung der elektrophysiologischen Befunde bei Karpaltunnelsyndrom oder schlicht bei einer radikulären Läsion oder einem Guillain-Barré-Syndrom überfordert ist – nicht selten, weil ein solcher Befund nie selbst erhoben wurde.

Die Konsequenz: Augenmerk aufs Wesentliche. Die Ausbildung in den klassischen elektrophysiologischen Techniken und die periphere Neurologie dürfen nicht vernachlässigt werden.

Wie äußert sich das in der Evaluation der Weiterbildung?

Die erste Befragung von Weiterbildungsassistenten (WBA) und Weiterbildungsbefugten (WBB) erfolgte 2009, die letzte 2011. Eine erneute (die insgesamt dritte) Befragung läuft noch in 2014. Der Fragebogen aus dem Jahr 2011 beinhaltet 106 Fragen für die WBA und 60 Fragen für die WBB. Die Befragung wurde von der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich wissenschaftlich begleitet. Acht Fragenkomplexe bezogen sich auf die Weiterbildung im engeren Sinn: Globalbeurteilung, Vermittlung von Fachkompetenz, Lernkultur, Führungskultur, Kultur zur Fehlervermeidung, Entscheidungskultur, Betriebskultur, wissenschaftlich begründete Medizin. Drei Fragenkomplexe bezogen sich auf die Rahmenbedingungen ärztlicher Tätig-

keit: Arbeitsverdichtung, administrative Aufgaben und Arbeitszeit.

Die Fragebögen wurden von 301 der 464 (64,9%) aktiven WBB in der Neurologie beantwortet (die allgemeine Rücklaufquote lag fächerübergreifend bei 53,3%). Die Rücklaufquote bei den WBA betrug nur 38,5% (1.018 von 2.645 gemeldeten Personen in Weiterbildung). Bewertet wurde nach Schulnoten (1–6).

Ein erster interessanter Befund in der Evaluation durch die WBA ist, dass sich die Neurologie nicht wesentlich von anderen Fachrichtungen in den acht Fragenkomplexen zur Weiterbildung im engeren Sinn unterscheidet. Überraschend scheint, dass sowohl in der Neurologie als auch fächerübergreifend die Vermittlung wissenschaftlich begründeter Medizin mit der Note 3,3 am schlechtesten abschneidet. Als „gut“ (etwa Note 2) bewertet werden hingegen Betriebs- und Entscheidungskultur, die Noten für Kultur zur Fehlervermeidung, Führungs- und Lernkultur liegen zwischen 2 und 3. Auch die Vermittlung von Fachkompetenz wird mit etwa 2,3 bewertet. Von 2009 zu 2011 zeigt sich bundesweit und fächerübergreifend ein diskreter Trend zu besseren Noten (Größenordnung 0,1–0,2).

Auch ein Vergleich mit einer Umfrage in der Schweiz 2010 zeigt meist marginale Unterschiede – bis auf die Kultur der Fehlervermeidung, die in der Schweiz um eine halbe Schulnote besser abschneidet. Weniger erfreulich ist für die Neurologie, dass sie im Item „In der vertraglich geregelten Arbeitszeit kann ich die Arbeit zu meiner vollen Zufriedenheit erfüllen“ etwa eine halbe Note schlechter abschneidet als der Mittelwert aller anderen Disziplinen (3,4 vs. 2,9). Noch schlechter sieht es mit dem Punkt „In der vertraglich geregelten Arbeitszeit kann ich die Weiterbildung zu meiner vollen Zufriedenheit erfüllen“ aus: Hier schneidet die Neurologie mit 3,8 nicht gut ab und liegt ebenfalls eine halbe Note hinter dem Mittelwert aller evaluierten Fachrichtungen. Es ist nicht weit hergeholt, hier den Bogen zu dem oben geschilderten Dilemma der zunehmenden Spezialisierung und vor allem Ausweitung der Neurologie in akutmedizinische und therapieorientierte Bereiche zu spannen.

Was sagen die Weiterbildungsbefugten?

Die WBB schätzen bundesweit und über alle Fachdisziplinen hinweg die acht Fragenkomplexe zur Weiterbildung im engeren Sinne besser ein als die WBA, mit Noten zwischen 1,5 und 2,1. Über 58% der befragten WBB nahmen den Bericht 2009 zum Anlass, ihre Weiterbildungskonzepte zu überdenken, 79% haben den Bericht mit den WBA besprochen. Immerhin 80% der WBB gaben an, dass sie durch den Bericht ihre Weiterbildungsstätte angemessen beurteilt sahen.

Fazit

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass wir dringend weiter an der neurologischen Weiterbildung feilen müssen. Sowohl konzeptionell als auch als Ergebnis der Befragung 2011 wird klar, dass im Rahmen der vorgesehenen Ausbildungs- und Arbeitszeit die Weiterbildung kaum zur vollen Zufriedenheit von Auszubildenden und Auszubildenden durchgeführt werden kann. Kliniken mit akutneurologischen Schwerpunkten können nicht auf eine fundierte Ausbildung in der Stroke Unit und in der neurologischen Intensivmedizin verzichten. Von einem „Kippen“ der Neurologie in Richtung Akutmedizin sollte man weniger sprechen als vielmehr von einer erfolgreichen Entwicklung hin zu einer aktiven und therapieorientierten Disziplin. Gleichzeitig nimmt

die inhaltliche Differenzierung in den Gebieten Neuroimmunologie und Neurodegenerative Erkrankungen rasant zu; die Neurogenetik spielt heute eine größere Rolle denn je und wir erkennen, dass wir uns intensiv mit seltenen Erkrankungen des Nervensystems auseinandersetzen müssen. Ähnliches gilt für die Epileptologie und die Neuroonkologie. Differenzialdiagnostische Fähigkeiten und profunde Kenntnisse in klinischer Untersuchung und Zusatzdiagnostik sind und bleiben eine entscheidende Kernkompetenz von Neurologen. Und wir dürfen die Augen nicht vor der demografischen Entwicklung verschließen. Neurogeriatrische Herausforderungen werden wachsen, das Krankheitsbild Demenz wird einen immer größeren Stellenwert einnehmen. Auch diesem Aspekt muss Rechnung getragen werden, zum Beispiel dadurch, dass neurologische Weiterbildungsassistenten in ihrem „Psychiatrie-Jahr“ nicht nur Sucht und akute Psychose kennenlernen, sondern ein exzellentes interdisziplinäres Management neuropsychiatrischer und kognitiver Störungen bei alternden Menschen mitgestalten. Die Adjustierung und Neugewichtung von Weiterbildungsinhalten wird eine große Herausforderung der kommenden Jahre und wir erwarten das Ergebnis der Befragung 2014 mit Spannung. Aus akutstationärer Sicht gilt es, einen allgemein-neurologischen, auf differenzialdiagnostisches Wissen und klinische Untersu-

chung fokussierten Teil der Weiterbildung zu garantieren, diesem auch einen besonders hohen Stellenwert einzuräumen und eine solide Ausbildung in den apparativen Zusatzuntersuchungen zu bieten. Nur so werden die Weiterbildungsassistenten auf die Arbeit in der Praxis vorbereitet und nur so werden sie in der Lage sein, seltene, nicht ins Schema passende Erkrankungen zu erkennen. Bleibt die Gesamtweiterbildungszeit bei 60 Monaten, werden wir perspektivisch nicht umhinkommen, noch frühzeitig die besondere Begeisterung Einzelner für spezielle Bereiche zu fördern und dafür andere (Spezial-)Bereiche auszulassen. Eine Modernisierung und Anreicherung des Weiterbildungscurriculums wird nicht ohne Entschlackung funktionieren. □

AUTOR

Prof. Dr. med. Christian Gerloff, Hamburg

Literatur: Gumbinger C et al. AG Schlaganfall. Time to treatment with recombinant tissue plasminogen activator and outcome of stroke in clinical practice: retrospective analysis of hospital quality assurance data with comparison with results from randomised clinical trials. *BMJ* 2014; 348 doi: <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g3429>

Buchbesprechung

Neurologische Pharmakotherapie

In der zweiten Auflage des Kompendiums, das als Begleiter klinischer Neurologen im Stations- und Praxisalltag konzipiert ist, vermitteln sechs Autoren einen soliden Überblick über pharmakologische Therapien in der Neurologie.

Nach einführenden Textabschnitten, die Hintergründe neurologischer Erkrankungen rekapitulieren, werden in dem Buch allgemeine Therapieprinzipien krankheitsbezogen dargestellt. Pharmakologische Wirkstoffe werden aufgelistet, ihre Indikation beschrieben und Nutzenbewertungen präsentiert. Relativ breite Aufmerksamkeit wird den

Dosierungen, Nebenwirkungen, Kontraindikationen und Interaktionen pharmakologischer Wirkstoffe geschenkt. Verfügbare Präparate werden in ihren jeweiligen Darreichungsformen und Dosierungen aufgelistet. Auf besondere Probleme bei der Verschreibung der Wirksubstanzen (etwa Abhängigkeit) wird gesondert hingewiesen. Als Stärke des Buches ist hervorzuheben, dass der klinisch und praktisch tätige Kollege eine kompakte Übersicht über praxisrelevante Gesichtspunkte pharmakologischer Wirkstoffe erhält. Einschränkend muss angemerkt werden, dass die Wirkprinzipien pharmakologi-



F. Block (Hrsg.):

Praxisbuch
Neurologische
Pharmakologie

2. Aufl., 352 S.,
Springer Verlag
Berlin-Heidelberg
2013, 49,99 €
ISBN 978-3-642-
34725-2

scher Substanzen nur oberflächlich präsentiert werden. Eine Bewertung des Evidenzgrads basierend auf den Leitlinien der DGN wäre wünschenswert gewesen.

D. Hermann, Essen

Ambulante neurologische Weiterbildung

Eine interessante Alternative

Noch sieht die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) für unser Fachgebiet Neurologie keinen Pflichtteil im ambulanten Bereich vor – er wird aber diskutiert. Doch jetzt schon hat die ambulante Weiterbildungsmöglichkeit für Weiterbildungsassistenten und künftige Fachärzte der Neurologie ihren Reiz.

Für wen könnte die ambulante neurologische Weiterbildungsmöglichkeit interessant sein? Da sind zunächst die Weiterbildungsassistenten (WBA) im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie. Für sie stellt der ambulante Bereich eine attraktive Alternative im Rahmen der weiterhin obligaten zwölfmonatigen Weiterbildung Neurologie dar. Einerseits kann man in einer allgemeinneurologischen Praxis das gesamte Spektrum der häufigsten neurologischen Krankheitsbilder kennenlernen. Die geforderten Weiterbildungsinhalte von der neurologischen Anamnese, Untersuchung, bis zur Indikationsstellung, der Durchführung und Beurteilung neurophysiologischer und neuropsychologischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Elektroenzephalografie sowie evozierter Potenziale und die Grundlagen der Somato- und Pharmakotherapie neurologischer Erkrankungen können erlernt werden. Die Gefahr, im stationären Setting zwölf Monate ausschließlich auf der Stroke Unit oder anderen Schwerpunktstationen zu arbeiten, besteht nicht.

Vielfalt und spezialisierte Kenntnisse

Andererseits können die Arbeitsbedingungen sicher besser den gewünschten Gegebenheiten angepasst werden (Stichwort: „Work-Life-Balance“). Dienste sind mit Ausnahme der KV-Bereitstellungsdienste (in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich gehandhabt) nicht zu besetzen, Arbeitszeiten lassen sich insbesondere bei jungen Familien oftmals variabel den Praxiserfordernissen anpassen, Teilzeitbeschäftigung mit entsprechender Verlängerung der Ausbildungszeit ist gerade bei Kollegen beliebt, die parallel ihre psychotherapeutische Weiterbildung absolvieren.

Aber auch für zukünftige Fachärzte der Neurologie hat die ambulante Weiterbildung ihre Reize, wenn man sich beispielsweise eine Einrichtung (Schwerpunktpraxis) aussucht, in der spezialisierte neurologische Leistungen angeboten werden, wie bei MS (LP, evozierte Potenziale, immunmodulatorische und -suppressive Therapieverfahren etc.), Bewegungsstörungen (Tremoranalyse, Botulinumtoxintherapie, Pumpen- und Hirnschrittmachertherapien), vaskulären Erkrankungen (Sonografie), Epilepsie (Video EEG, Polysomnografie) oder peripherer Neurologie mit Elektrophysiologie und Sonografie. In diesen Einrichtungen lassen sich spezielle Kenntnisse vertiefen, gegebenenfalls können Weiterbildungsinhalte für angestrebte Zertifizierungen erworben werden.

Des Weiteren kann die ambulante Weiterbildungsoption in einer allgemeinneurologischen Praxis oder Einrichtung für diejenigen WBA der Neurologie interessant sein, die ihre bisherige Weiterbildung nahezu ausschließlich in einer klinischen Schwerpunktabteilung (z. B. Stroke unit) absolviert haben. Sie haben hier die Möglichkeit das gesamte Spektrum der Diagnostik und Therapie der häufigsten neurologischen Krankheitsbilder kennenzulernen.

Abschließend und möglicherweise für den ein oder anderen WBA prioritär, kann man hautnah das zukünftig angestrebte berufliche Umfeld – eine eigene Praxis – besser kennenlernen. Welche Gestaltungsmöglichkeiten eröffnen sich, welche Regularien müssen beachtet werden, lässt sich trotzdem eine Medizin

Im ambulanten Bereich kann man als WBA fast das gesamte Spektrum neurologischer Krankheiten kennenlernen.



© Igor Mejzes / Fotolia.com

Weiterbildung aus ambulanter Perspektive

Gemäß Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer, Fassung 06/2013, können von den vorgeschriebenen 60 Monaten Weiterbildungszeit für den Facharzt Neurologie wie auch für den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bis zu 24 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet/angerechnet werden.

Zum ambulanten Bereich gehören insbesondere ärztliche Praxen, Institutsambulanzen, Tageskliniken, poliklinische Ambulanzen und Medizinische Versorgungszentren.

Die Weiterbildung zum Facharzt wird unter verantwortlicher Leitung der von der Ärztekammer befugten Ärzte in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte durchgeführt. Die Befugnis wird auf Antrag von der Ärztekammer erteilt. Die Landesärztekammern führen ein Verzeichnis der befugten Ärzte und der Weiterbildungsstätten mit Angaben über den Umfang der Befugnis. In der Regel besitzen befugte Ärzte im ambulanten Bereich eine zwölfmonatige Weiterbildungsermächtigung.

durchführen, mit der ich mich identifizieren kann?

Wie finde ich die richtige ambulante Weiterbildungseinrichtung?

Grundsätzlich sind alle zugelassenen Einrichtungen, inklusive Namen der Weiterbildungsberechtigten mit Angabe der Weiterbildungszeit bei den zuständigen Landesärztekammern zu erhalten. Wie im wahren Leben, so ist es auch bei der Suche der geeigneten Einrichtung oft die „Mund zu Mund“-Information, die den Ausschlag für die Auswahl gibt!

„Lohnt“ sich die Anstellung eines WBA in einer neurologischen Praxis?

Wer sich diese Frage noch nicht gestellt hat, sollte dies spätestens dann tun, wenn die MWBO für unser Fachgebiet einen Pflichtteil im ambulanten Bereich vorsieht. Noch ist dies nicht der Fall, die Diskussionen darüber aber sind im vollen Gange. Ausgangspunkt ist die Situation,

dass zunehmend medizinische Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden und es für angehende Fachärzte immer schwieriger wird, bestimmte Inhalte und Kompetenzen in den Krankenhäusern zu erlernen. Die Notwendigkeit der Förderung der ambulanten Weiterbildung ist somit unstrittig, ebenso wie die zunehmende Bedeutung ambulanter Leistungsinhalte in der Neurologie. Doch Weiterbildung kostet Geld und dieses Geld soll den weiterbildenden Praxen in Zukunft aus dem Gesundheitsfond zu Verfügung gestellt werden. So weit so gut. Doch wird dieses Geld reichen um dem angestellten Assistenzarzt ein angemessenes, an den aktuellen Tarifverträgen orientiertes Gehalt zu zahlen?

In Anbetracht der „Verknappung“ der ambulant praktizierenden Neurologen gibt es in einigen Bundesländern für ambulante Weiterbildungseinrichtungen die Möglichkeit, eine finanzielle Förderung durch die zuständige KV zu erhalten. Im Bundesland Brandenburg haben wir beispielsweise durch Initiative des BDN erreicht, dass seit dem 1. Januar 2013 auf Antrag eine Förderung für WBA für das Fachgebiet Neurologie in Höhe von 1.750 €/Monat als Gehaltszuschuss von der KV gewährt werden kann. Allerdings geknüpft an die Bedingung, dass der betreffende WBA danach als Facharzt dem Land Brandenburg erhalten bleibt. Diese Summe ist sicherlich in keiner Weise ausreichend, aber immerhin ein Anfang und ein Signal dafür, dass die Notwendigkeit der Förderung der ambulanten Weiterbildung durch die KV erkannt wurde. Darüber hinaus gab es schon immer die Regelung, dass Praxen, die einen WBA beschäftigen, ihre Leistungsmenge um 3% steigern dürfen. Doch man darf die Frage nach dem Sinn der Anstellung eines WBA keinesfalls allein von der unmittelbaren finanziellen Vergütung oder Nichtvergütung abhängig machen. Interessanter, lohnender und nachhaltiger sind die Synergieeffekte, die sich aus der Beschäftigung eines WBA ergeben:

— Die Notwendigkeit der Vermittlung fachspezifischer Weiterbildungsinhalte an einen jungen Kollegen führt automatisch zu mehr Engagement in der eigenen Weiterbildung.

- Ein junger WBA wirkt sich positiv auf die Arbeitsatmosphäre aus.
- Nach einer Einarbeitungszeit von etwa vier Wochen, kann der WBA den Fachärzten in vielen Dingen den „Rücken frei halten“. Allein bei der Anamnese von Patienten kann somit viel fachärztliche Zeit gespart werden. Zeitliche Freiräume wirken entlastend für den Praxisablauf.
- Durch die Anstellung eines WBA ist immer eine Fallzahlsteigerung möglich, welche selbst durch die Leistungsmengenbegrenzung und in den Praxen, die die durchschnittliche Fallzahl ihrer Fachgruppe überschritten haben, den positiven Effekt hat, das diese nach außen wieder handlungsfähiger erscheinen und freie Termine anbieten können.
- Angehende Psychiater absolvieren gerne ihr Neurologiepflichtjahr in einer Praxis. Diese Kollegen sind in der Regel hochmotiviert und im psychiatrischen Gespräch routiniert, so dass diese, bei den vielen psychiatrischen Patienten, welche sich mit ihren Beschwerden initial an eine neurologische Praxis wenden, sehr gut selbstständig tätig sein können.
- Die Anstellung von WBA, die in der Neurologie bleiben wollen, ist gleichzeitig eine gute Möglichkeit einen Junior-Partner oder Praxismachfolger für später zu finden.
- Die regelmäßige Anstellung eines WBA ist eine Möglichkeit mit Kliniken zu kooperieren, die keine eigenen ambulanten Strukturen haben. In diesem Sinne sollten wir (BDN und DGN) uns gemeinsam noch konsequenter für die Förderung der ambulanten Weiterbildungsmöglichkeiten einsetzen! □

AUTOREN

Dr. med. Martin Delf, Hoppegarten/Berlin
Niedergelassener Facharzt für Neurologie,
Mitglied des BDN-Bundesvorstandes

Dr. med. Frank Freitag, Potsdam
Niedergelassener Facharzt für Neurologie

Fachspezifische Gutachten

Gutachterausbildung für neurologische und psychiatrische Fachärzte

Für viele Kollegen in Klinik und Praxis gehört die Erstellung wissenschaftlich begründeter neurologischer und/oder psychiatrischer Gutachten neben der Patientenversorgung zu den Kernleistungen ihrer ärztlichen Tätigkeit. Hierzu bietet die Bundesärztekammer eine strukturierte curriculare Fortbildung an.

Die Erstellung fachspezifischer Gutachten ist zwar obligater Bestandteil des Weiterbildungskataloges, gleichwohl bleibt in der klinischen Ausbildungszeit häufig wenig Zeit und Raum, sich mit den vielen Facetten der Gutachtenerstellung in den unterschiedlichen Rechtsgebieten vertraut zu machen. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund hat die Bundesärztekammer in diesem Jahr eine strukturierte curriculare Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ herausgegeben. Schon 2003 hatte sie ein Curriculum „Grundlagen zur medizinischen Begutachtung“ eingeführt.

In der jetzt vorliegenden dritten Auflage wurde das Curriculum um fachspezifische Module erweitert. Die „Struk-

turierte curriculare Fortbildung medizinische Begutachtung“ stellt ein Angebot für alle Ärzte dar, die neben ihren medizinisch-fachlichen Qualifikationen ihre Kenntnisse in der Gutachtenerstellung erhalten beziehungsweise vertiefen wollen und will neben Grundlagen sowie fachübergreifendem Wissen jetzt auch einschlägige fachspezifische Kenntnisse vermitteln. In der derzeitigen Form umfasst das Curriculum 64 Stunden und setzt sich aus insgesamt drei Modulen zusammen. Nach Absolvieren aller Module, einschließlich Nachweis eines Final- oder Kausalitätsgutachtens und nach bestandener Lern-erfolgskontrolle, kann bei abgeschlossener Facharztweiterbildung die Bezeich-

nung „Strukturierte curriculare Fortbildung medizinische Begutachtung“ geführt werden.

Modul 1: Mit einem Umfang von 40 Stunden umfasst es allgemeine Grundlagen, Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Arbeits- und Erwerbsleben, Rehabilitation und Schwerbehindertenrecht, ferner kausalitätsbezogene Begutachtung sowie Zustandsbegutachtungen für Pflegeversicherungen und private Krankenversicherungen, Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherungen sowie spezielle Begutachtungsfragen.

Zum Modul 1 gehören auch die Vermittlung der Kausalitäts- und Beweisregeln in Straf-, Zivil- und Sozialrecht,

Die sich ständig verändernden Anforderungen an medizinische Sachverständige sowie die erforderliche Konsensbildung bei strittigen Begutachtungsthemen machen eine kontinuierliche Fortbildung in diesem Bereich unverzichtbar.



Kenntnisse über Begutachtungen im Bereich der Haftpflichtversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, der privaten Unfallversicherung sowie des sozialen Entschädigungsrechtes sowie Begutachtungen im Bereich der Arzthaftpflicht.

Modul 2: Hier werden fachübergreifende Aspekte der medizinischen Begutachtung vermittelt. Im Einzelnen geht es um die Aussagekraft medizinischer Befunderhebung, Beschwerdevalidierung, allgemeine psychosomatische Aspekte, allgemeine Aspekte der Schmerzbegutachtung, aber auch kultursensible Aspekte der Begutachtung, allgemeine Aspekte der Leistungsbeurteilung sowie den Einsatz von Fallstudien.

Modul 3: In diesem Modul mit einem Umfang von 16 Stunden werden fachspezifische Aspekte der medizinischen Begutachtung angeboten. Die Matrix für die jeweiligen Fachgebiete umfasst unter anderem finale und Zustandsbegutachtung, Kausalitätsbegutachtung, die Begutachtung spezieller Erkrankungen und Funktionsstörungen, Begutachtung von Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen, Arzthaftungsrecht sowie Arztrafrecht.

Zertifizierung DGNB

Bereits jetzt haben sich viele Neurologen und Nervenärzte, die in gewisser Regelmäßigkeit Gutachten erstellen, qualifiziert und ein Zertifikat durch die DGNB erworben. Diese mit der DGN assoziierte Fachgesellschaft ging aus der Gutachterkommission der DGN hervor, aus der 1998 die „Arbeitsgemeinschaft Neurologische Begutachtung“ (ANB) als ein zunächst loser Zusammenschluss von Ärzten und Juristen mit Interesse an der neurologischen Begutachtung wurde. 2009 gründete sich die Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung e. V. (DGNB)

Seit 1998 hat die ANB/DGNB auf ihren regelmäßigen Jahrestagungen sowie in ihrem strukturierten modularen Curriculum und auf zusätzlichen „Refresher-Kursen“ Neurologen und Nervenärzten ein breit gefächertes Fortbildungsangebot zur Verfügung gestellt und insbesondere auf den Jahrestagun-

gen den State of the Art neurowissenschaftlicher Begutachtung in unterschiedlichen Rechtsgebieten vermittelt.

Zertifizierungen von Gutachtern der DGNB setzen neben der Mitgliedschaft in den Gesellschaften den Nachweis der Fortbildungsmodule voraus, den Nachweis von mindestens 50 selbst erstellten ausführlichen freien Gutachten sowie als wesentlichen Teil des Zertifizierungsverfahrens die Beurteilung von vier anonymisierten Gutachten nach definierten Qualitätskriterien. Die Beurteilung erfolgt jeweils durch Mitglieder einer unabhängigen Zertifizierungskommission.

Zertifizierung DGPPN

Diese Vorgehensweise will sich jetzt auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zu eigen machen. Die DGPPN hatte schon vor dem Ärztekammerschwerpunkt „Forensische Psychiatrie“ im Jahr 2004 ein eigenes Zertifikat „Forensische Psychiatrie“ eingeführt. Die kurz darauf durch die Bundesärztekammer eingeführte Schwerpunktbezeichnung beinhaltet eine zusätzliche klinische Weiterbildungszeit von drei Jahren. Angebot und Nachfrage sowohl im Zertifikat „Forensische Psychiatrie“ als auch in der dreijährigen klinischen Zusatzweiterbildung waren allerdings im Wesentlichen fokussiert auf Begutachtungen mit strafrechtlichen Aspekten, wie zum Beispiel zur Schuldfähigkeit oder zur Prognose.

Insbesondere vielen erfahrenen Fachärzten in Kliniken und vertragsärztlichen Praxen erschien der Erwerb des Zertifikates beziehungsweise des klinischen Schwerpunktes „Forensische Psychiatrie“ jedoch aufgrund ihres Tätigkeitsspektrums weder erstrebenswert noch aufgrund der Zugangsvoraussetzungen erreichbar. Das dadurch entstandene Vakuum, insbesondere für zivil- und sozialrechtliche Fragestellungen, soll jetzt mit dem Zertifikat „Sozial- und zivilrechtliche Begutachtung“ der DGPPN geschlossen werden.

DGNB und DGPPN sind übereingekommen, ihre Curricula zur zertifizierten Fortbildung von Gutachtern kompatibel zu gestalten und damit eine praxis-

gerechte und ökonomische Qualifizierung neurologischer und psychiatrischer Gutachter zu ermöglichen. BVDN und BDN sind an der inhaltlichen Ausgestaltung maßgeblich beteiligt und haben sich sehr für eine kooperative Gestaltung der Curricula eingesetzt. Darüber hinaus sind Gespräche mit der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern aufgenommen worden, um eine Kompatibilität der Gutachterausbildung auch mit der strukturierten curricularen Fortbildung der Ärztekammern zu erreichen. Im Sinne einer schnellen Etablierung der Qualitätsstandards und zur Förderung der Akzeptanz wäre eine wechselseitige Anerkennung curriculärer Fortbildungsmodule sicher die beste Option.

Es dürfte übrigens kaum zu befürchten sein, dass die Fortbildungs- und Qualifizierungsangebote der DGNB für neurologische Gutachter beziehungsweise die Angebote der DGPPN für psychiatrische Gutachter durch die Umsetzung der fachspezifischen Module im Bereich der strukturierten curricularen Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ der Ärztekammern eine geringere Nachfrage erfahren werden. Die sich ständig verändernden Anforderungen an medizinische Sachverständige sowie insbesondere die erforderliche Konsensbildung bei strittigen Begutachtungsthemen, wie zum Beispiel Begutachtung der PTBS, Begutachtung von Schmerzen, die Diskussion um Beschwerdevalidierung und anderes mehr, machen eine kontinuierliche Fortbildung in diesem Bereich unverzichtbar. Gerade im Bereich dieser fachspezifischen Themen können die medizinischen Fachgesellschaften ihre Fortbildungsangebote etablieren und weiterentwickeln. □

AUTOREN

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen
Prof. Dr. med. Rolf Schneider, Aschaffenburg

Honorarentwicklung Neurologie

Verlässliche Daten aus dem ZI-Praxis-Panel (ZIPP)

Valide Daten für die Honorare in unseren Fachgruppen sind am ehesten dem Praxis-Panel des Zentral-Institutes der Ärzteschaft (ZI) zu entnehmen. Deshalb werden diese Daten auch durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung vor allem als Kalkulations- und Verhandlungsgrundlage für den EBM und die Weiterentwicklung der Honorare genutzt.

Es wäre absolut wünschenswert, könnten wir Honorare als Kennzahlen im Längs- und Querschnittsvergleich nicht nur zwischen Fachgruppen, sondern auch im Vergleich der Bundesländer darstellen. De facto ist ein solcher Vergleich – nicht zuletzt bedingt durch föderale Unterschiede und Besonderheiten der Honorarsystematik – schwierig, vor allem ein bloßer Vergleich der

RLV-Fallwerte ist sehr wenig aussagekräftig. Hinzu kommt die Tatsache, dass sich die Arbeitszeiten sehr differenzieren darstellen, ebenso die durchschnittlichen Fallzahlen. Weiter kompliziert wird die Vergleichbarkeit der Honorare durch unterschiedliche Honoraranteile aus der vertragsärztlichen, privatärztlichen beziehungsweise anderweitiger Tätigkeit.

Insgesamt sind die validesten Daten für die Honorare in unseren Fachgruppen am ehesten dem Praxis-Panel des Zentral-Institutes der Ärzteschaft (ZI) zu entnehmen, da in der Auswertung der Praxen für das Panel die Angaben der jeweiligen Steuerberater zugrunde gelegt werden. Damit ist das ZIPP eine repräsentative Erhebung zur wirtschaftlichen Situation der Vertragsärzte (Abb.

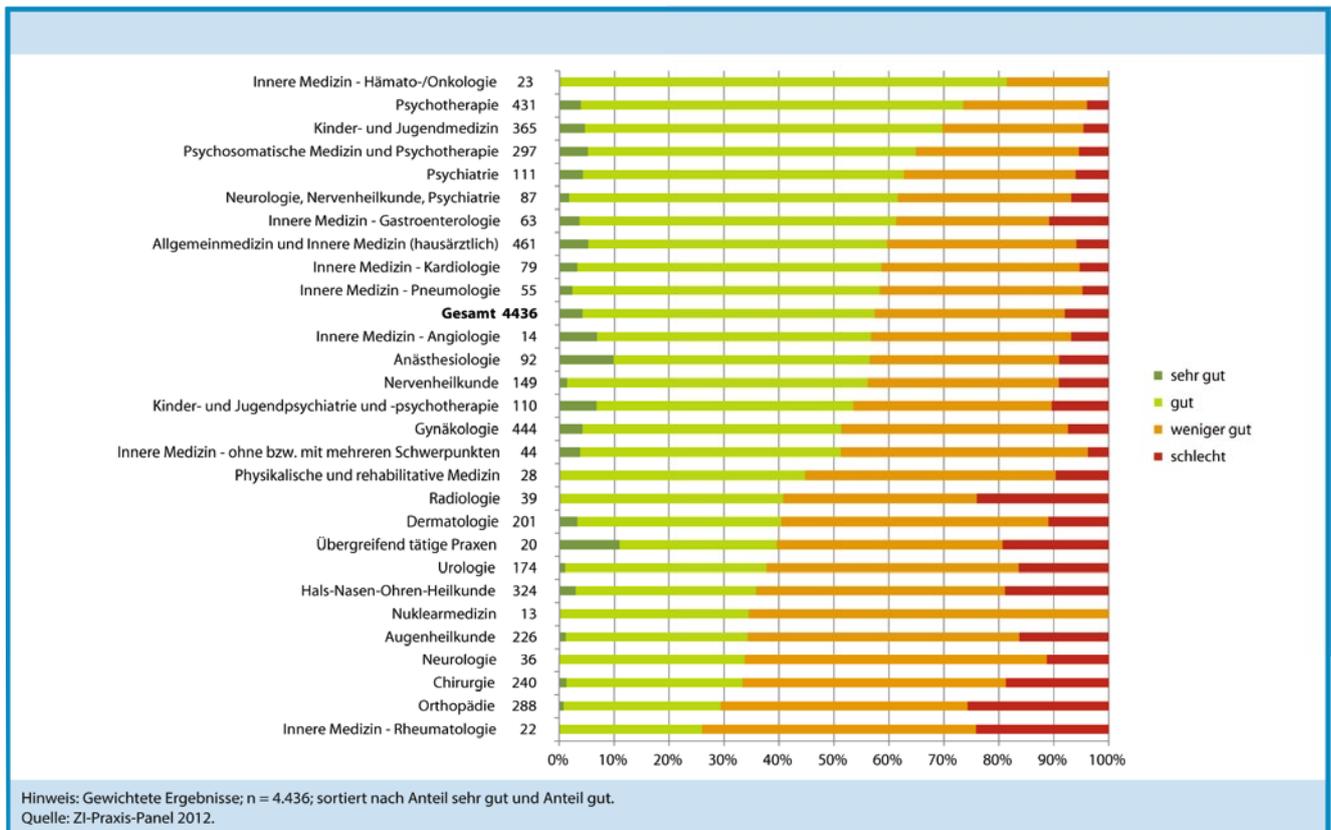


Abb. 1: Persönliche Bewertung der Situation als Vertragsarzt insgesamt differenziert nach Fachgruppe.

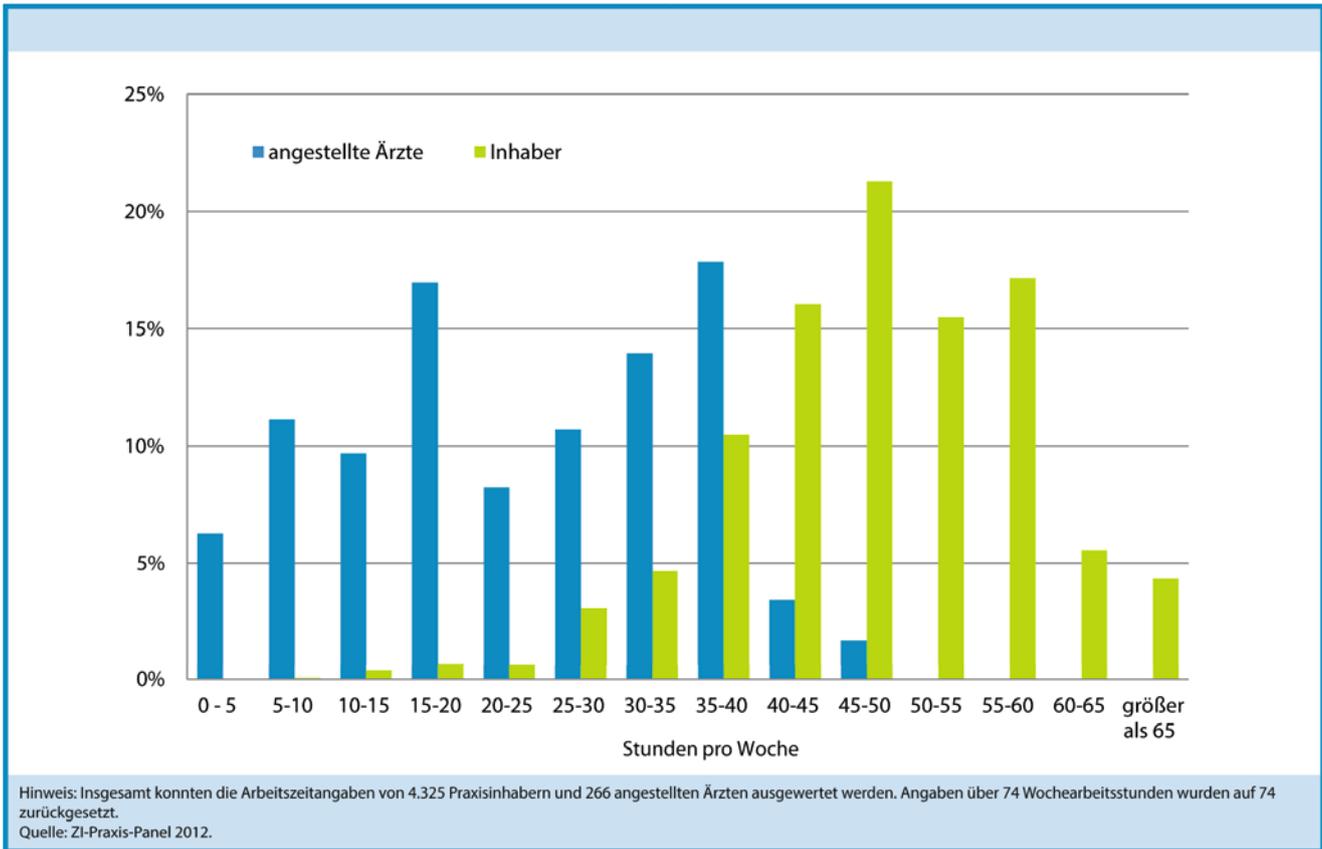


Abb. 2: Verteilung der Wochenarbeitszeit von Inhabern und angestellten Ärzten im Jahr 2010 (alle Fachgruppen).

1). Mittlerweile werden die Erhebungen zum fünften Mal in Folge durchgeführt, und zwar aktuell noch bis zum 30. September 2014. Erfasst werden alle Einnahmen aber auch alle Kosten in den Praxen, darunter Personalausstattung, Investitionen (z.B. medizinisch-technische Geräte), aber auch die Arbeitszeiten.

Die Daten des ZI-Praxis-Panels werden durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung vor allem als Kalkulations- und Verhandlungsgrundlage für den EBM und die Weiterentwicklung der Honorare genutzt. Es versteht sich daher von selbst, dass auch in unseren Fachgebieten eine möglichst umfassende repräsentative Teilnahme erfolgen sollte. Deswegen an dieser Stelle noch einmal die Bitte an alle Kollegen, wenn irgend möglich an der Erhebung teilzunehmen, auch wenn es nur eine geringe Entschädigung von 200 € für Einzelpraxen beziehungsweise 350 € für Gemeinschaftspraxen gibt, die im Wesentlichen für den

Aufwand der Steuerberater zur Verfügung gestellt wird.

Honorarentwicklung allgemein

ZIPP-Daten liegen mittlerweile bis einschließlich des Jahres 2010 vor, im Ver-

gleich zwischen 2008 und 2010 ist der Praxisumsatz je Praxisinhabermittel um 3,4% (Rund 8.500 €) pro Jahr gestiegen. Die Honorare für die Behandlung gesetzlich versicherter Patienten verzeichnen dabei mit 4% pro Jahr den stärksten

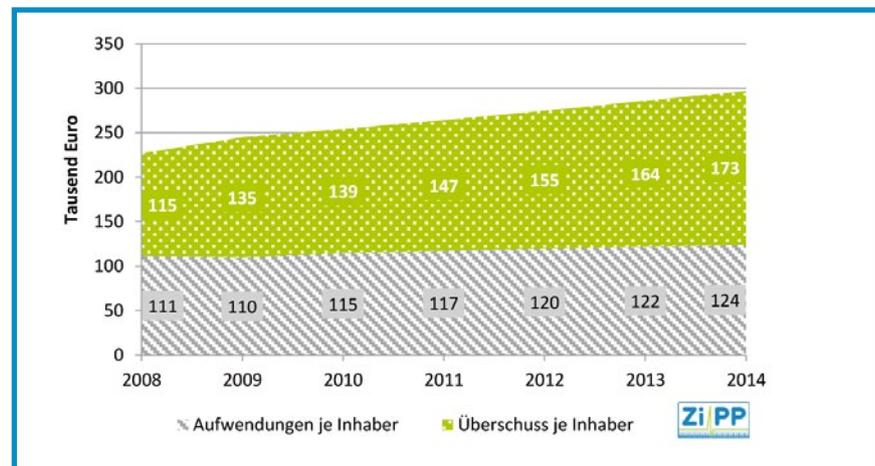


Abb. 3: Wirtschaftliche Lage – Neurologie von 2008 bis 2010, Simulation von 2011 bis 2014.

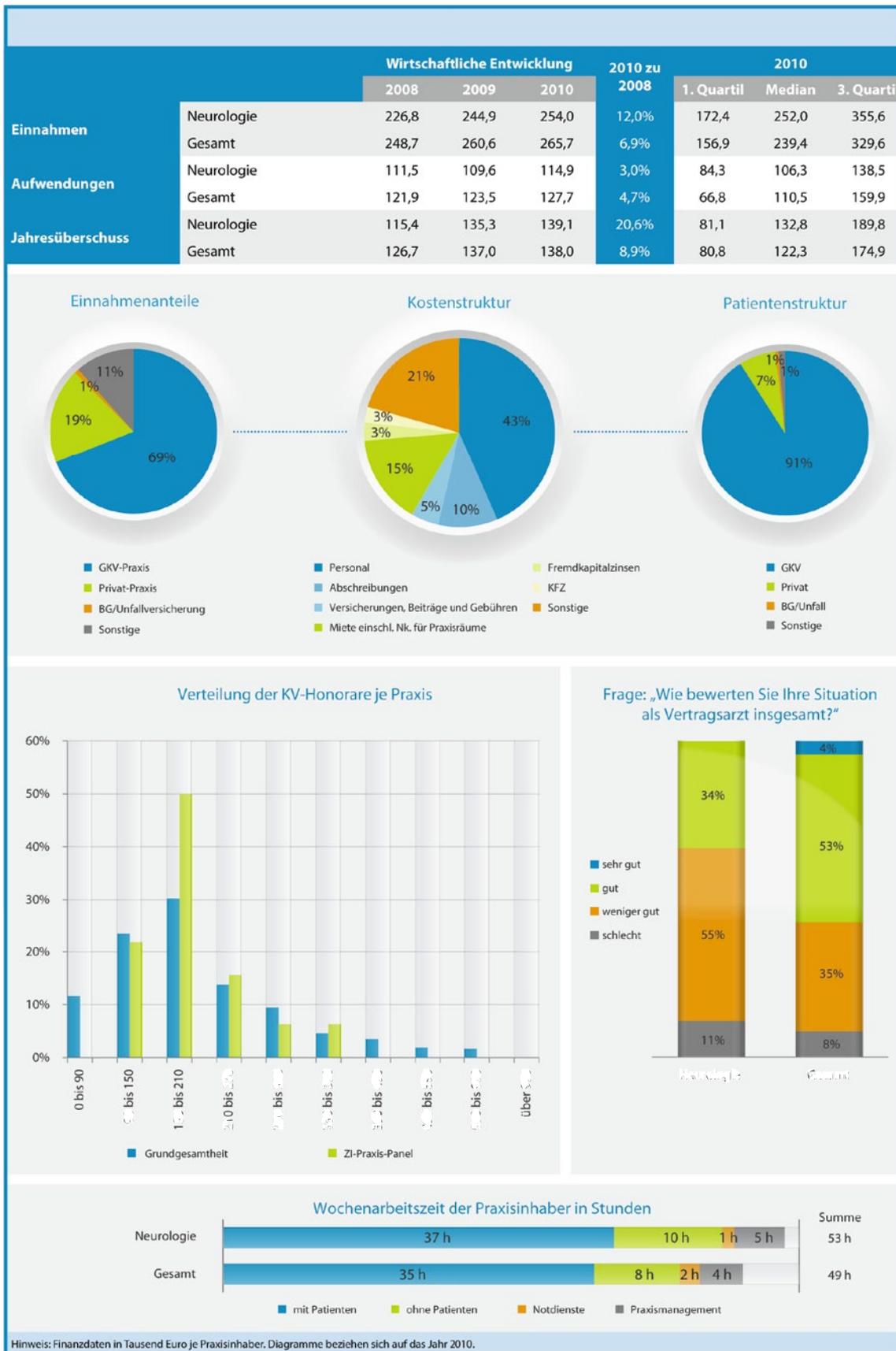


Abb. 4: Übersicht der ZIPP-Daten zur Fachgruppe Neurologie – wirtschaftliche Entwicklung, Kosten- und Patientenstruktur, KV-Honore und Arbeitsbedingungen.

Tab. 1: Einnahmen gesamt nach Arten und Einnahmenklassen im Jahr 2010

Praxiseinnahmen 2010	Gesamt in Tsd. Euro			davon aus ...			
	Praxen	je Praxis	je Inhaber	GKV-Praxis	Privat-Praxis	BG/Unfall	Sonstige
Alle Praxen	4.119	329	266	75%	20%	1%	4%
Neurologie	32	294	254	69%	19%	1%	11%
Einnahmeklasse I	10	175	164	85%	9%	1%	5%
Einnahmeklasse II	10	271	271	74%	21%	2%	3%
Einnahmeklasse III	12	410	303	60%	21%	1%	18%

*Hinweis: Nicht jede Praxis konnte einer Einnahmenklasse zugeordnet werden.
Quelle: ZI-Praxis-Panel 2012*

Zuwachs. In Bezug auf Investitionen konnte ein Rückgang der Investitionen im Jahr 2009 gestoppt werden, 2010 zeigte sich wieder ein Anstieg.

Die durchschnittliche Arbeitszeit betrug knapp 50 Wochenstunden, allerdings mit einem bimodalen Kurvenverlauf mit deutlich höheren Arbeitszeiten der Praxisinhaber und kürzeren durchschnittlichen Arbeitszeiten angestellter Ärzte (Abb. 2).

Honorarentwicklung Neurologie

Die Einnahmesituation der Fachärzte für Neurologie hat sich in den letzten sechs Jahren geändert. Unterdurchschnittliche Jahresüberschüsse, noch im Jahr 2008 mit 115.000 €, sind im Jahr 2010 mit 139.000 € auf ein leicht überdurchschnittliches Niveau angestiegen (Abb. 3). Dies entspricht einem Umsatzzuwachs zwischen 2008 und 2010 von über 20%. Das ZI rechnet prognostisch für das Jahr 2014 mit einem Überschuss von 172.000 €. Bedingt durch die unterschiedliche finanzielle Ausstattung der Länder-KVen und Unterschiede in den Honorarverteilungsmaßstäben zeigt sich eine ausgeprägte Varianz der Einkommensverhältnisse in den unterschiedlichen KVen.

Bei Betrachtung der Einkommenscluster hat ein Drittel der Neurologen Einnahmen bis zu 164.000 €, ein Drittel bis zu 271.000 € und ein Drittel bis zu 301.000 €, beziehungsweise Überschüsse bis 75.000 €, 144.000 € und 179.000 €. Diese Einnahmen speisen sich zu rund 69% aus GKV-Einnahmen, 19% Anteil aus Privatpraxis sowie sonstige Einnahmen (Unfallversicherung, Berufsgenos-

senschaften, Gutachten und anderes) (Tab. 1, Abb. 4). Die Wochenarbeitszeit der Inhaber von neurologischen Praxen ist mit 53 Stunden übrigens überdurchschnittlich (im Vergleich zu Praxisinhabern anderer Fachbereiche mit durchschnittlich 49 Stunden pro Woche (Abb. 4, unten).

Weiterhin Durchführung des EBM

Die Diskussion um die anstehende Reform des fachärztlichen EBM ist einerseits geprägt durch die Differenzierung zwischen Grundversorgern und spezialisierten fachärztlichen Versorgern. In Zukunft wird die Tendenz dahin gehen, diese Diskussion nicht fachgruppenspezifisch, sondern leistungsspezifisch zu führen. Mit der Stärkung der Grundversorgung soll insbesondere auch die zwendungsorientierte sprechende Medizin gefördert werden, die durch das Übergewicht der technischen Leistungen in den letzten Jahren zunehmend ins Hintertreffen geraten ist. Die rasante Entwicklung diagnostischer Möglichkeiten in allen Fachgebieten, nicht zuletzt zum Beispiel auch spezialisierte Labordiagnostik, nehmen immer größere Anteile der vertragsärztlichen Gesamtvergütung in Anspruch.

Aber auch die Diskussion um eine Differenzierung zukünftiger Honorare bei Neu- beziehungsweise Altpatienten prägt derzeit die Diskussionen in der KBV. Auch stellt sich die Frage, ob bei einer Reform des fachärztlichen EBM gegebenenfalls eine Fixkostendegression eingeführt wird, die definitionsgemäß die Kosten für technische Leistungen nur bis zu einem Höchstwert finan-

ziert. Bei darüber hinausgehenden Leistungen würden nicht mehr die technischen Kosten, sondern lediglich der Arztlohn vergütet. Außerdem sind auf Bundesebene neben der Aktualisierung der Kostendaten vor allem die Aktualisierung des kalkulatorischen Arztlohnes im EBM, insbesondere die Überprüfung leistungsbezogener Zeitbedarfe, erforderlich. Davon können viele Kollegen in unserem Fachgruppe sehr praxisnah berichten und haben zum Teil leidvolle Erfahrungen mit Plausibilitätsprüfungen aufgrund überstrapazierter Zeitkontingente gemacht. Interessanterweise haben sich in einer EBM-Evaluation der KBV 2008 für die meisten Arztgruppen in Bezug auf die Modellannahmen „Überschreitungen der Zeitansätze“ gezeigt.

Innerhalb unserer individuellen EBM-Kapitel ergeben sich vielfältige, zwingende Überarbeitungs- und Reformnotwendigkeiten. Dies betrifft technische Leistungen wie beispielsweise die Erbringung elektrophysiologischer Leistungen ebenso wie die dringend notwendige Neukalkulation der Gesprächsziffern mit Patienten und Angehörigen, in der Neurologie ebenso wie in der Psychiatrie. Diesbezüglich wurden durch unsere Verbände umfangliche Vorarbeiten geleistet, wir werden darüber an anderer Stelle ausführlich berichten. □

AUTOREN

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

Honorarentwicklung Neurologie II

Neurologisch-psychiatrische Versorgung (NPV) auf neuen Pfaden

Die Berufsverbände setzen sich bei der KBV für eine konsequente Weiterentwicklung des neurologischen EBM-Kapitels ein. Dies beinhaltet unter anderem die dringend notwendige Höherbewertung einiger Leistungen über die kalkulatorische Anpassung der Kosten und des Zeitaufwandes sowie die Einführung neuer EBM-Leistungen.

Die Versorgungsprobleme von ZNS-Erkrankungen nehmen eine Sonderstellung ein: Sie können innerhalb der bestehenden Honorarsystematik nicht gelöst werden. Wie in dieser NeuroTransmitter-Sonderausgabe auf Seite 42 f. ausgeführt, sind die Gründe hierfür nicht nur in den wachsenden Prävalenzen und dem hieraus resultierenden Versorgungsdruck zu sehen, sondern auch in der Komplexität der Erkrankungen und in den Besonderheiten der Behandlung selbst. Um nur einige davon zu nennen: hoher Chronifizierungsgrad, meist erhebliche Einschränkungen der Lebensqualität, hoher Behinderungsgrad, hohe und steigende Medikamentenkosten, höchste sekundäre Krankheitskosten unter anderem durch Arbeitsausfälle, Notwendigkeit hochspezialisierter Diagnostik einerseits bei gleichzeitig hohem Zuwendungsbedarf, intensive Inanspruchnahme anderer psychosozialer Versorgungsstrukturen mit hohem Koordinierungsbedarf.

Neurologische Patienten ohne Eigenlobby

Ein wichtiger Aspekt ist dabei noch besonders hervorzuheben: Viele neurologische Patienten können sich aufgrund von Hirnverletzungen nicht so artikulieren wie andere Patientengruppen. Sie sind damit in ihren Fähigkeiten eingeschränkt, sich angemessen bei Kostenträgern und in der Politik Gehör zu verschaffen. Zudem sind hirnorganische Erkrankungen ebenso wie psychiatrische Krankheiten immer noch stigmatisiert, obschon sie zusammen etwa ein Drittel der Morbi-RSA-Diagnosen aus-

machen. Die Bedeutung dieser Krankheitsgruppe ist allein schon deshalb allen Akteuren des Gesundheitssystems bekannt. Angesichts steigender Zahlen der Betroffenen kann man hier nicht länger die Augen verschließen.

Neustrukturierung auf mehreren Ebenen ...

Eine zukunftsgerechte Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen, die der epidemiologischen Bedeutung neurologischer und psychischer Erkrankungen gerecht wird, ist innerhalb der bestehenden Strukturen nur bedingt möglich. Um dem wachsenden Versorgungsdruck von ZNS-Erkrankungen heute und mehr noch in der Zukunft gerecht zu werden, und um zum Beispiel zunehmende Wartezeiten und Verschiebungen in ohnehin überfüllten Notfallambulanzen zu vermeiden, sind nicht nur leistungsgerechtere Honoraranreize erforderlich. Auch eine Neustrukturierung der Versorgung in einem eigenständigen Versorgungsbereich mit besserer Vernetzung und Verzahnung der bestehenden stationären und teilstationären, rehabilitativen und ambulanten Angebote im Sinne strukturierter Versorgungspfade ist nötig. Konzeptionell beinhaltet dies auch eine stärkere Patientenorientierung durch Förderung der Eigenkompetenz und Adhärenz der Patienten sowie die verbesserte Eingliederung des Patienten in das soziale Umfeld.

... im Rahmen des Bundesmantelvertrags

Die Berufsverbände arbeiten aus diesem Grund zusammen mit der KBV an ei-

nem eigenständigen Versorgungsauftrag im Rahmen des Bundesmantelvertrages. Dies ermöglicht den Aufbau von kooperativen Versorgungsstrukturen mit einer klaren Zuteilung der Verantwortlichkeiten von Haus- und Fachärzten und einer zeit- und phasengerechten Leistungserbringung in Akutfällen und bei Komplikationen. Kernelemente sind unter anderem die Unterscheidung der koordinativen-fachärztlichen und der konsiliarisch-fachärztlichen Versorgung sowie die Integration sektorenübergreifender Behandlungspfade.

Politik und Kostenträger müssen mitziehen

Ob dieses Projekt eine Zukunft haben wird, hängt entscheidend davon ab, ob vonseiten der Kostenträger und der Politik die Brisanz dieser Thematik und der Notwendigkeit einer alternativen beziehungsweise komplementären Versorgungsstruktur erkannt wird. Oder um einen Gedankengang aus dem Vorwort dieser NeuroTransmitter-Ausgabe aufzugreifen: Es mag ja in einem Gesundheitssystem, das den Wettbewerb proklamiert, legitim sein, dass sich Krankenkassen über komplementäre Versorgungsangebote wie Homöopathie um neue Mitglieder bemühen. Dies darf aber nicht dazu führen, dass die großen Herausforderungen des Gesundheitssystems negligiert werden. Wir werden über den Fortgang dieses Projektes berichten.

AUTOR

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Spitzenverband ZNS SPiZ

Warum Allianzen so wichtig sind

Der Vorteil von Spitzen- oder Dachverbänden liegt auf der Hand. Die Bündelung der Interessen der einzelnen Mitgliedsverbände schafft eine gewichtigere Stimme zur Verstärkung der „politischen Power“. Um der besonderen Bedeutung von ZNS-Erkrankungen gerecht zu werden, wurde 2013 von den neuropsychiatrischen Berufsverbänden der Spitzenverband ZNS SPiZ gegründet.

Aufgrund der demografischen Entwicklung mit steigenden Prävalenzen neurologischer Erkrankungen sowie rasanter neurowissenschaftlicher Fortschritte in Diagnostik und Therapie wächst der Versorgungsbedarf in der Neurologie kontinuierlich. Dabei handelt es sich weder um berufspolitische Rhetorik noch um einen von uns proklamierten Allgemeinplatz. Diese Entwicklung ist zuverlässig vorhersagbar und hochrangig publiziert [1, 2]. Politik, Kostenträger und zum Teil auch die ärztliche Selbstverwaltung sind jedoch zu sehr mit der Bewältigung des Status quo beschäftigt, als dass man sich auch noch mit künftigen Problemen beschäftigen könnte. Es ist daher unsere Aufgabe, diese Zusammenhänge in den Medien, in den Ministerien, bei Kostenträgern und den Gremien der Selbstverwaltung immer wieder deutlich zu machen.

Sich verbünden macht stark

Diese traditionell berufspolitischen Aufgaben haben die Berufsverbände einzeln und in Verbänden kontinuierlich wahrgenommen. Hierzu muss man allerdings wissen, dass es etwa 60 ärztliche Berufsverbände gibt, die psychotherapeutischen Verbände noch nicht eingerechnet. Um sich politisch Gehör zu verschaffen, sind daher Allianzen unumgänglich. Klassische Zweckbündnisse sind etwa der Hausarztverband und die Facharztverbände wie die Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (GfB) oder der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFa) sowie haus- und facharztübergreifende Bündnisse wie die Freie Ärzteschaft (FÄ).

Der Vorteil von Spitzenverbänden oder Dachverbänden liegt auf der Hand. Durch die Bündelung der Interessen ih-

rer einzelnen Mitgliedsverbände können die Interessen einer viel höheren Anzahl an Mitgliedern vertreten werden, wodurch sich die „politische Power“ erheblich erhöht. Gleichzeitig können die Präsenz in der Politik, der Selbstverwaltung und in den Medien um ein Vielfaches gesteigert und Anhörungsrechte in Anspruch genommen werden. Eine berufspolitische Arbeit fachärztlicher Berufsverbände ist ohne derartige Allianzen gar nicht möglich, weshalb wir auch Mitglied im GfB sind und gute Kontakte zu anderen Dachverbänden wie dem SpiFa pflegen. Wenn auch die Interessenvertretung und die politische Power gesteigert werden können, so ist doch offensichtlich, dass sich die berechtigten Partialinteressen einzelner Mitgliedsverbände den gemeinsamen Interessen unterordnen müssen. So sind bei allen fachärztlichen Gemeinsamkeiten die Interessen operativer Fächer selbstverständlich andere als bei zuzuwendungsintensiven oder hochspezialisierten diagnostischen beziehungsweise interventionellen Fächern, was sich in der Vergangenheit als nicht unproblematisch herausgestellt hat.

ZNS-Erkrankungen nehmen zu

Um die besondere Bedeutung von ZNS-Erkrankungen angemessen zu berücksichtigen, wurde 2013 von den neuropsychiatrischen Berufsverbänden der Spitzenverband ZNS SPiZ gegründet. Die medizinökonomische Bedeutung der ZNS-Erkrankungen lässt sich allein schon daran ersehen, dass sie zu den teuersten und belastendsten Erkrankungen gehören; auch die sekundären Krankheitskosten durch Arbeitsausfälle und Frühberentungen sind am höchsten. Stattlich sind dem zufolge auch die fi-

nanziellen Zuwendungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfond, da über ein Viertel aller Morbi-RSA-Diagnosen neurologisch sind. Ein großer Teil dieser Erkrankungen, respektive die neurovaskulären und neurodegenerativen Erkrankungen, gehört zu den Volkskrankheiten, deren epidemiologische Bedeutung in den kommenden Jahrzehnten rasant zunehmen wird. Um dieser Entwicklung Rechnung zu tragen und die Versorgung von ZNS-Erkrankungen bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen und Alterspatienten auch künftig sicherzustellen, ist eine Neustrukturierung in einem eigenständigen Versorgungsbereich mit besserer Vernetzung und Verzahnung der bestehenden stationären und teilstationären rehabilitativen und ambulanten Angebote erforderlich.

Präsident des SPiZ ist Dr. Frank Bergmann, Vorsitzender des BVDN und Vorstandsmitglied des BDN, der regional und auf Bundesebene in zahlreichen politischen Gremien vertreten ist. Als „Networker“ ist er der ideale Repräsentant der ZNS-Fächer. Durch die Gründung des SPiZ konnten wir so unsere politische Präsenz und Medienpräsenz noch einmal deutlich erhöhen. □

AUTOR / LITERATUR

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

1. Fritz-Beske-Institut für Gesundheits-Systemforschung Kiel: „Solidarische transparente und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung im demografischen Wandel durch Priorisierung und Rationierung“. September 2011.
2. Wittchen HU et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol 2011; 21 (9): 655–79

Qualitätssicherung in der MS-Versorgung

Sicherheit durch Behandlungsempfehlungen und Therapieregister

Neurologen, die MS-Patienten versorgen, sehen sich vor der Herausforderung, den neuen Entwicklungen in der Praxis kompetent zu begegnen und dabei stets die Patientensicherheit zu garantieren. Das Krankheitsbezogene Kompetenznetz Multiple Sklerose (KKNMS) unterstützt sie hierbei.

Die Versorgung von MS-Patienten ist eine hoch komplexe Aufgabe. Verfügbare Behandlungen greifen zum Teil tief in das Immunsystem ein und bergen dadurch die Gefahr schwerer Nebenwirkungen. Die Einhaltung von Sicherheitsmaßnahmen ist daher unerlässlich. Eine wachsende Fülle an Therapiemöglichkeiten steigert die Komplexität zusätzlich: Allein im letzten Jahr wurden drei neue Therapien zugelassen. Behandelnde Neurologen sehen sich vor der Herausforderung, den neuen Entwicklungen in der Praxis kompetent zu begegnen und dabei stets die Patientensicherheit zu garantieren. Das „Krankheitsbezogene Kompetenznetz Multiple

Sklerose“ (KKNMS) unterstützt sie hierbei.

Das KKNMS ist eines von 21 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Kompetenznetzen in der Medizin. Förderungsziel war es von Anfang an, einen schnellen Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis zu ermöglichen. In den fünf Jahren seines Bestehens hat das Forschungsnetzwerk verschiedene Ansätze entwickelt, um die Qualität in der Betreuung von MS-Patienten zu gewährleisten. Die Ansätze lassen sich auf drei Ebenen verorten: Wissenstransfer, Forschungsaktivität und politisches Engagement.

Wissenstransfer als Basis der Qualitätssicherung

Im Rahmen des Wissenstransfers werden behandelnden Neurologen Handreichungen zur Verfügung gestellt. Kernstück der KKNMS-Aktivitäten in diesem Feld sind die sogenannten Qualitätshandbücher für Neurologen. Sie sind aus dem Anspruch entstanden, unabhängiges und praxisrelevantes Wissen für behandelnde Ärzte anzubieten. In einem handlichen Format bündeln sie Informationen zur Behandlung mit den verfügbaren MS-Therapeutika. Sie enthalten Handlungsempfehlungen zu Indikation und Kontraindikation, Dosierung, Pharmakokinetik, Diagnostik vor Beginn der Therapie, Therapieabstand und Maßnahmen abhängig von Vortherapien, Monitoring und Maßnahmen unter der Therapie, Umstellen auf andere MS-Therapeutika, Dauer der Therapie und besondere Hinweise zu Themen wie Schwangerschaft, Impfung und Infektionen. Außerdem liegt den Handbüchern ein auf die jeweilige Therapie ausgerichteter Patientenaufklärungsbogen bei.

Mittlerweile wurden Qualitätshandbücher zu sechs MS-Medikamenten (Alemtuzumab, Dimethylfumarat, Fingolimod, Mitoxantron, Natalizumab, Teriflunomid) sowie zur Schubtherapie und zur Therapie in Spezialsituationen erstellt, die jährlich aktualisiert werden. Zwei weitere Handbücher zur Therapie mit Glatirameracetat sowie mit Beta-Interferonen befinden sich momentan im Entwicklungsprozess. Ein Format, das sich bewährt hat: Seit der Publikation des ersten Handbuchs wurden insgesamt etwa 300.000 Exemplare gratis an Neurologen verteilt. Dennoch geht das KKNMS mit der Zeit: Vor zwei Jahren



Die aktuellen Qualitätshandbücher des KKNMS (Bestellmöglichkeit siehe rechts)

entwickelte das Netzwerk eine MS-App für Neurologen. Seither können die Angaben aus den Handbüchern auch in der kostenlosen App für iOS und Android abgerufen werden (siehe QR-Code im Kasten). Hinzu kommt ein Tool, das die Berechnung des Behinderungsgrads anhand der MS-spezifischen EDSS-Skala erlaubt. Eine dynamische SOP (standard operating procedure) zur Erstdiagnose der MS rundet das digitale Angebot ab.

Kooperation zwischen Berufs- und Landesorganisationen

Das KKNMS legt besonderen Wert darauf, alle wichtigen Gremien in die Erarbeitung der Inhalte der Handbücher und der App mit einzubeziehen, um den Prozess transparent zu gestalten sowie größtmögliche Akzeptanz zu schaffen. Vor der Publikation werden die Entwürfe mit Vertretern der neurologischen Berufs- und Landesorganisationen DGN, BDN/BVDN, der Taskforce Versorgungsstrukturen und Therapeutika sowie mit dem Ärztlichen Beirat der Interessenvertretung für Patienten, der DMSG, abgestimmt. Dieses Verfahren ist auf der Webseite des KKNMS dokumentiert. Diese Zusammenarbeit erstreckt sich auch auf die Leitlinie der DGN. Im Jahr 2011 hatte das KKNMS von der DGN den Auftrag bekommen, eine neue MS-Leitlinie zu erarbeiten, die dann im April 2012 veröffentlicht wurde. Das Netzwerk ist seither unter der Leitung von Professor Ralf Gold für die Aktualisierung der Leitlinie zur Diagnose und Therapie der MS verantwortlich, zuletzt erfolgt im April 2014.

Das KKNMS setzt bei der Vermittlung seiner Kompetenzen an Neurologen auch auf den direkten Dialog. Das Netzwerk organisiert Kongresse, auf denen das Wissen der Forscher in Form von Vorträgen an behandelnde Ärzte weitergegeben wird. All diese Aktivitäten gehen über die direkte Förderung des BMBF hinaus und werden durch Spenden finanziert.

Registerprojekt für mehr Sicherheit

Alle Forschungsaktivitäten des KKNMS sind auf die Qualitätssicherung ausgerichtet. Insbesondere das bundesweite Immuntherapieregister REGIMS, das unter der Leitung von Professor Klaus

Berger und Professor Heinz Wiendl, Universität Münster, in der zweiten Förderperiode ab 2013 eingerichtet wurde. In ihm sollen Häufigkeit, Art, Charakteristika und Effekte von Nebenwirkungen bei der Behandlung von Patienten mit MS gesammelt werden. Diese Daten ermöglichen es, unbeabsichtigte und unbekannte Folgen etablierter und neuer MS-Medikamente besser erforschen und voraussehen zu können. Denn die Behandlungsstrategien, -dauern, -sequenzen, Komorbiditäten und verschiedene andere medizinische Parameter unterscheiden sich zwischen klinischen Zulassungsstudien und dem Status nach Zulassung.

REGIMS soll individuelle Therapieentscheidungen erlauben und so die Qualität in der Patientenversorgung mittelfristig sichern und verbessern. Im Rahmen des Registers dokumentieren die Ärzte alle sechs Monate den Krankheitsverlauf und die Medikation sowie auftretende Nebenwirkungen. Mit einem arztunabhängigen Fragebogen zur Lebensqualität und Therapiezufriedenheit wird zudem die Sicht der Patienten einbezogen. Zusätzlich sollen fakultativ anhand von Bioproben Biomarker ermittelt werden, mit denen sich das Ansprechen auf eine Therapie beziehungsweise ihre Folgen vorhersagen lassen. So könnten unerwünschte Nebenwirkungen in Zukunft besser verhindert oder verringert werden. Der Aufbau eines Immuntherapieregisters ist daher ein bedeutender Schritt zur Qualitätssicherung in der MS-Therapie. Noch werden für das Register teilnehmende Zentren sowie Patienten gesucht (Kontaktaufnahme unter: regims@uni-muenster.de). Perspektivisch sollen einmal alle MS-Patienten, die mit einem Immuntherapeutikum behandelt werden, hier longitudinal erfasst werden.

Weitere Aktivitäten

Neben diesen Aktivitäten engagiert sich das KKNMS auch politisch für die Qualitätssicherung in der MS-Versorgung. Die Taskforce Versorgungsstrukturen und Therapeutika, die aus Mitgliedern von DGN, BDN/BVDN, DMSG sowie Vertretern aller Ebenen in der MS-Versorgung besteht, setzt sich mit dem BDN für die Qualitätssicherung in der

Herbsttagung MS – Update 2014

Am 8. November 2014 findet in Mainz die Herbsttagung „Therapie der Multiplen Sklerose – Update 2014“ statt. Themen sind unter anderem die Diagnose und Differenzialdiagnose bei MS, die neuen Therapien gegen MS und neue Erkenntnisse zu bestehenden Medikamenten. Für die Veranstaltung werden 8 CME-Punkte beantragt. Die Teilnahme ist kostenfrei, es wird um Anmeldung (siehe Hinweise unten) bis zum 15. Oktober gebeten.

Das KKNMS

www.kompetenznetz-multiplesklerose.de

Bei Fragen zum KKNMS, zur Anmeldung zur Herbsttagung und Bestellung von Qualitätshandbüchern wenden Sie sich an die Geschäftsstelle des KKNMS:

Krankheitsbezogenes Kompetenznetz
Multiple Sklerose
Rebekka Sziborsky
Einsteinstr. 1, 81675 München
Tel.: 089 4140 4628, Fax: 089 4140 4655
E-Mail: info@kkn-ms.de

Die KKNMS-App können Sie hier herunterladen:



MS-Versorgungslandschaft ein. Dazu gehört auch die Entwicklung der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) im Bereich der MS. Gedanklich folgt diese dem Konzept von Versorgungspfaden, die von der Standard-Regelversorgung zu Kompetenz- und Referenzzentren gehen könnten. Damit möchte das KKNMS möglichst objektive Qualifikationskriterien sicherstellen und die Versorgung für MS-Patienten verbessern. □

AUTOR

Prof. Dr. med. Heinz Wiendl, Münster
Stellvertretender Vorstandssprecher des KKNMS

Neu gestaltete Internetseiten der Berufsverbände

Wichtiges und Aktuelles auf Smartphone und Tablet immer dabei

Die Ende 2013 neu gestalteten Internetauftritte von BDN, BVDN und BVDP kommen gut an. Das Entscheidende: Die Nutzer können sich auch unterwegs über Termine, Neuigkeiten oder Hintergründe informieren.

Das Ziel, die Kommunikation mit den Mitgliedern schneller und einfacher zu gestalten, haben die Berufsverbände mit ihren Webseiten – zu finden unter www.bv-neurologe.de – erreicht. Die Startseiten sind den Mitgliedern der drei Berufsverbände sehr wichtig. Besonders die Pressearbeit hat hohe Clickzahlen. So greifen die Nutzer häufig auf die Pressemitteilungen zu und verwenden sie als Informationsmöglichkeit für aktuelle berufspolitische Entwicklungen und Stellungnahmen. Es erfolgten bis zu 6.800 Abrufe je Pressemitteilung.

Im Kalender lassen sich die gesammelten Termine für Fortbildungen, Kongresse, Symposien und politische Veranstaltungen der Verbände finden. Selbstverständlich bleiben bewährte Ru-

briken der früheren Webseiten weiterhin verfügbar, wie die Projekte und Themen der Berufsverbände. Highlights sind hier die Download-Möglichkeit von Abrechnungskommentaren zu EBM, GOÄ, IGeL und Gutachten oder nützliche Links zum Themenfeld Rehabilitation.

Auf den neuen Webseiten präsentiert sich auch das Coach-Projekt. Die Berufsverbände haben diese Weiterbildung für Neurologen, Psychiater und Nervenärzte konzipiert, die privatmedizinisch im Bereich psychischer Belastungen im Arbeitsleben tätig werden möchten.



Übrigens: Die Website dokumentiert auch weiterhin die Vorträge des Neurologen- und Psychiatertages und fasst ihn zusammen. Außerdem steht das Neuro-Transmitter-Archiv allen Mitgliedern offen. □

AUTOR

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln

Öffentlichkeitsarbeit

Positive Resonanz nach Relaunch des Patienteninformationsportals

Mit dem Relaunch sind die Voraussetzungen geschaffen, die Position der „Neurologen und Psychiater im Netz“ als die am meisten besuchte und bekannteste deutschsprachige Internetseite zu neurologischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Themen weiter auszubauen.

Seit November 2013 hat das Patienteninformationsportal der neurologischen und psychiatrischen Berufsverbände und Fachgesellschaften – zu fin-

den unter www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org – einen neuen Look. Neben einem modernen Layout und einer neuen Struktur wurden alle Infor-

mationen zu Krankheitsbildern und den Servicethemen aktualisiert und zahlreiche neue Inhalte eingestellt. Die Beteiligung von Fachgesellschaften aus der Schweiz und Österreich hat uns dazu veranlasst, die Internetseite von „.de“ auf „.org“ umzustellen. Dadurch musste die Seite von den Suchmaschinen neu erfasst und bewertet werden. Dies dauert eine gewisse Zeit und führte in den ersten Monaten nach dem Relaunch zu etwas

niedrigeren Besucherzahlen. Die mit dem Relaunch vorgenommene Suchmaschinenoptimierung zeigt aber bereits erste positive Ergebnisse. Mit ihr konnte das Ranking der Internetseite insbesondere bei der Eingabe von Krankheiten als Suchbegriff deutlich verbessert werden. So liegen die Besucherzahlen mittlerweile wieder im Bereich vor dem Relaunch. Gute Voraussetzungen also, die Position der „Neurologen und Psychiater im Netz“ weiter auszubauen.

2013 rund 2,8 Millionen Besucher

Im Jahr 2013 verzeichnete die Website die bislang höchste jährliche Steigerungsrate bei den Besucherzahlen. Der Wert legte um etwa 30 % auf rund 2,8 Millionen Besuche zu. Daran maßgeblich beteiligt ist die erfolgreiche Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. So führte die seit Jahren bestehende Kooperation mit der Deutschen Presseagentur (DPA) zu 15 Agenturmeldungen mit neurologischen Themen, die an Presse, Rundfunk- und Fernsehredaktionen verteilt wurden. Mit mindestens 31 Artikeln in Zeitung und Zeitschriften wurden mehr als 5 Millionen Leser erreicht. Diese Zahlen wurden von einem Clipping-Dienst ermittelt – die tatsächlichen Zahlen der veröffentlichten Artikel und der erzielten Leserreichweite liegen aber um ein Vielfaches höher, da der Clipping-Dienst nur Artikel erfasst, die als Quelle die „Neurologen im Netz“ angeben. Eine von der Redaktion des Internetnetzwerkes durchgeführte Recherche kommt zu dem Ergebnis, dass nur etwa 10 % der veröffentlichten Artikel einen Hinweis auf die „Neurologen im Netz“ enthalten.

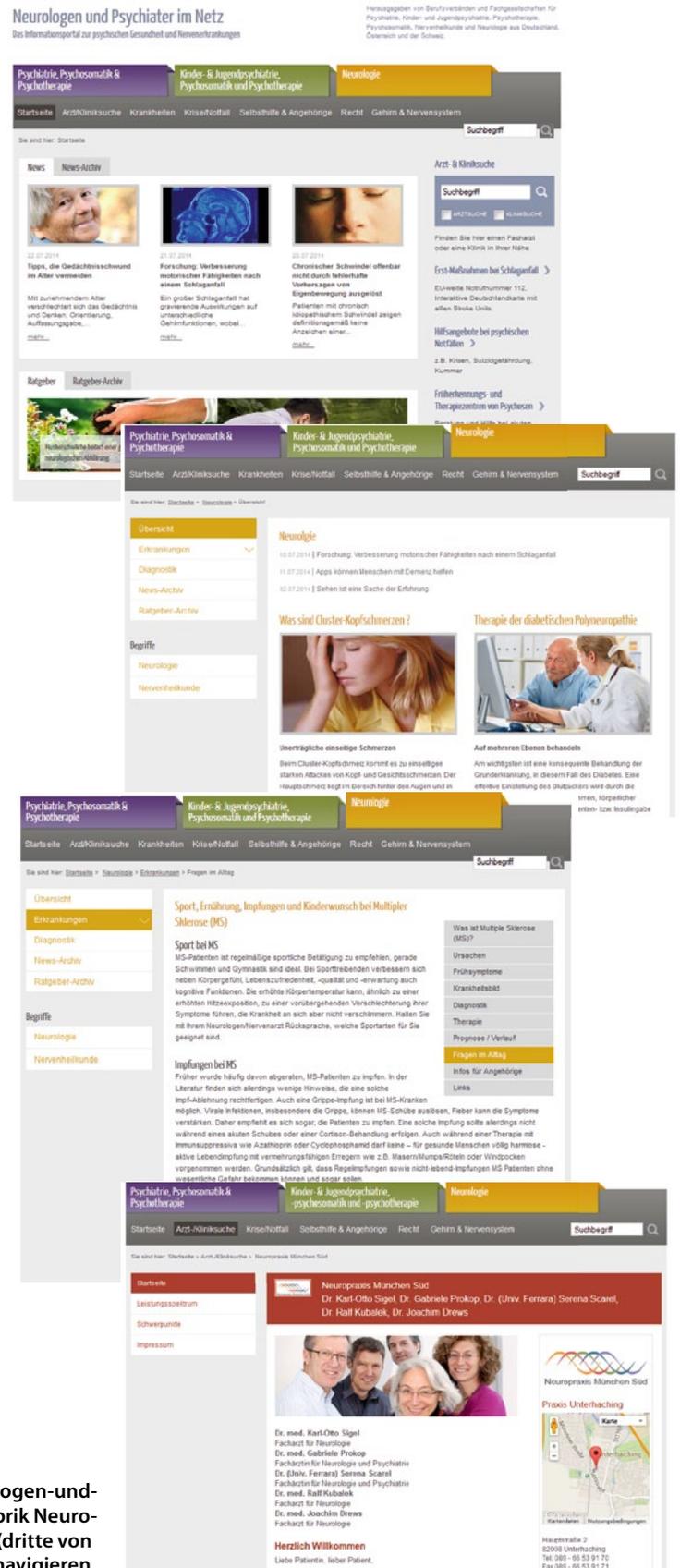
Praxis-Homepage für Neurologen

Das größte neurologische Informationsportal im deutschsprachigen Raum ist auch die ideale Plattform für Neurologen, um sich mit einer Praxis-Homepage zu präsentieren und Patienten zu informieren. Sie enthält Angaben beispielsweise über Leistungsspektrum, Behandlungsschwerpunkte, Praxiszeiten und vieles mehr. Einen visuellen Eindruck von der Praxis vermitteln Bilder des Praxisteam und der Behandlungsräume. Wer bereits über eine Praxis-Homepage im Internet verfügt, kann sich eine Startseite in der Ärzteliste der Patientenplattform einrichten lassen und diese mit seiner bereits bestehenden Homepage verlinken. Damit wird auch die Auffindbarkeit der bereits bestehenden Homepage über Suchmaschinen erheblich verbessert. Die monatlichen Abonnementkosten für eine Praxis-Homepage bei den „Neurologen im Netz“ liegen zwischen 8 und 12 € (zzgl. MwSt.). Bei einer Anmeldung bis zum 30. November 2014 ist die Homepage-Erstellung im Rahmen der diesjährigen Herbstaktion kostenfrei. Das Anmeldeformular auf der nächsten Seite enthält alle wesentlichen Informationen. □

AUTOR

Jochen Lamp, Frankfurt

Ausgehend von der Startseite www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org (oben) lässt sich leicht zur Rubrik Neurologie (zweite von oben), Krankheits- und Serviceseiten (dritte von oben) oder individuellen Praxis-Homepages (unten) navigieren.



Neurologen und Psychiater im Netz

Das Informationsportal zur psychischen Gesundheit und Nervenerkrankungen

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

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
30.11.2014

Kostenfreie Erstellung
Ihrer Praxis-Homepage!

Titel, Name, Vorname

weitere Ärzte

Gesetzliche Berufsbezeichnung, Zusatzbezeichnung, Staat

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort, Stadtteil

Telefon

Fax

E-Mail für Korrespondenz

E-Mail für Ihre Praxis-Homepage

Internetadresse (falls vorhanden)

Ärzttekammer, Kassenärztliche Vereinigung

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.

Sprechstunden

Besonderheiten/Schwerpunkte/ Fremdsprachen

Ich zahle per SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE81ZZZ00000700791
Ihre Mandatsreferenznummer finden Sie im Buchungstext der halbjährlichen Abbuchung Ihres Kontoauszuges.

Ich ermächtige die Monks Ärzte im Netz GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Geldinstitut (Name und BIC)

DE

IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die AGB (siehe: www.monks-aerzte-im-netz.de/agb). Widerrufsrecht: Sie können Ihre Bestellung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung an Monks - Ärzte im Netz GmbH, Tegernseer Landstr. 138, 81539 München, Geschäftsführer: Sean Monks, Amtsgericht München, HRB 160883, USt-IDNr.: DE 246543509

Schicken Sie uns Ihre Anmeldung per Fax oder Post:



per Fax an:
089 / 64 20 95 29



Monks - Ärzte im Netz GmbH
"Neurologen und Psychiater im Netz"
Tegernseer Landstraße 138, 81539 München



Sie haben Fragen?
Rufen Sie uns an unter: 089 / 64 24 82 - 12/17
E-Mail: support@neurologen-und-psychiater-im-netz.org



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 Mail von uns. Sie können uns jederzeit weitere Texte und Bilder (z. B. Fotos, Praxis-Logo) auf Datenträgern oder per E-Mail zuschicken. Bis zu 10 Bilder und 5 Unterseiten erstellen wir kostenlos für Sie. Selbstverständlich können Sie Ihre Homepage mit den erhaltenen Zugangsdaten selbst um beliebig viele Bilder und Unterseiten erweitern.

0714

Nachwuchsarbeit

Studierende und Berufsanfänger für das Fach begeistern

Sechs Jahre nach ihrem Start sind die Jungen Neurologen eine breite Bewegung mit Angeboten für Medizinstudierende und Ärzte in der Weiterbildung. Ob Summer Schools, das Mentorenprogramm oder „Dein Tag in der Neurologie“, die Angebote der Jungen Neurologen werden dankbar angenommen. Wer sich noch bei den Jungen Neurologen engagieren möchte, ist willkommen!

Getreu dem Motto „Zukunft braucht Neurologen“ haben die Jungen Neurologen (JuNo) auch im vergangenen Jahr wieder viele Angebote für den Nachwuchs konzipiert und umgesetzt. Besonders erfreulich dabei: Die Gruppe der aktiven Projektleiter bei den JuNos, die „Kerngruppe“, ist ständig auf jetzt rund 20 Mitglieder gewachsen. Die DGN, der BDN und der BVDN unterstützen die Arbeit aktiv.

Summer Schools

Schon seit 2008 bringen die Summer Schools Nachwuchstalente mit erfahrenen Dozenten aus Klinik und Praxis zusammen. In diesem Jahr fanden sie als Summer School West, Ost, Nord und Süd wieder in Köln, Dresden, Kiel und Tübingen statt. Außerdem hat sich die „Clinical Summer School“ in Lüneburg fest etabliert. Sie wird von Chefärzten kommunaler Krankenhäuser organisiert und durchgeführt. Die jeweils 20 bis 30 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. „Referenten aus der Klinik und der niedergelassenen Praxis haben auch in diesem Jahr wieder insgesamt rund 150 Nachwuchsärzte und -wissenschaftler in den Summer Schools unterrichtet. Die Referenten, die erneut ehrenamtlich zur Verfügung standen, sind nicht nur Lehrer, sondern auch Botschafter für die Neurologie“, bedankte sich Dr. Christiana Ossig, Sprecherin der JuNo bei

allen, die an den Summer Schools mitgearbeitet haben.

Mentorenprogramm

Seit dem Start des Mentorenprogramms haben die JuNo und die DGN jedes Jahr zehn bis 15 neue Mentees und Mentoren in das Programm aufgenommen. Grundidee ist, jungen Assistenzärzten und interessierten Studierenden berufliche Orientierungs- und Entwicklungshilfen durch einen erfahrenen Arzt oder Wissenschaftler zu bieten. Gerade Berufsanfängern kann es schwer fallen, sich in der klinischen und akademischen Arbeitswelt zurecht zu finden und die richtigen Weichen für ihre berufliche Laufbahn zu stellen. Die Erfahrung der „Seniors“ kann besonders wertvoll sein. Die Mentoren sind daher Chefärzte, Ordinarien und Praxisinhaber. Sie sind in der klinischen Neurologie, aber auch in der Wissenschaft ausgezeichnet vernetzt und

können ihren Mentees strategische Hinweise geben sowie Kontakte vermitteln. Das Mentoring erfolgt bei persönlichen Treffen, welche halbjährlich stattfinden. Das Mentorenprogramm hat sich seit dem Start 2011 zu einer wichtigen Säule der Nachwuchsarbeit mit Breitenwirkung entwickelt. Die JuNo bitten Kollegen, die Interesse haben, sich als Mentor an dem Programm zu beteiligen und sich unter info@junge-neurologen.de zu melden.

Dein Tag in der Neurologie

Bei einem „Tag in der Neurologie“ laden Kliniken acht bis zehn Studierende ein und gestalten mit ihnen einen Tag mit praktischen Übungen am Krankenbett, einer Diskussion des Gesehenen und nicht zuletzt einer Vorstellung der Klinik. Die Teilnehmer gewinnen so einen Einblick in die Arbeit des Krankenhauses, das sich damit auch als künftiger Ar-



Interaktiv und praxisnah. Clinical Summer School im Februar 2014, federführend organisiert von Prof. Henning Henningsen, Lüneburg (2. v. rechts).

Medizin für kluge Köpfe – Veranstaltungen der Jungen Neurologen auf der Neurowoche München		
Dienstag, 16. September		
Ab 19.30 Uhr	JuNo Social Club Zoozie's, Wittelsbacher Str. 15	Zum Auftakt und Kennenlernen: Die JuNo-Partynacht. Wir ziehen direkt vom Kongress ins Zoozie'z. Eintrittskarten gibt es am JuNo-Stand.
Mittwoch 17. September		
9.00–9.30 Uhr DGN-Forum	JuNo-Kongressguide I Leitung: Anne-Sophie Biesalski, Wuppertal	Die JuNo geben Kongressneulingen Tipps und machen Vorschläge, wo es sich hinzugehen lohnt und wie man seine Kongresszeit optimal ausnutzt.
10.00–12.00 Uhr DGN-Forum	State of the art für Berufseinsteiger Teil 1 Kopfschmerz: Prof. Dr. med. Christian Maihöfner, Fürth Schlaganfall: PD Dr. med. Christian Dohmen, Köln Epileptischer Anfall: Prof. Dr. med. Martin Holtkamp, Berlin Leitung: Dr. med. Lorenz Müller, Würzburg; Dr. med. Michael Fleischer, Würzburg	Von Koryphäen lernen: Erfahrene Neurologen fassen den state of the art bei drei wichtigen neurologischen Erkrankungen zusammen. Hier geht es nicht um die Wiederholung des Lehrbuchwissens, sondern um praktische Anleitungen und Tipps, wie junge Neurologen (und solche, die es werden wollen) zum Beispiel in der Notfallambulanz vorgehen sollten.
12.30–13.30 Uhr DGN-Forum	Junge Neurologen International Leitung: Xenia Kobeleva, Hannover	Überblick über internationale Kurse, Kongresse, Workshops sowie über Austauschprogramme für Klinik und Wissenschaft.
15.00–16.00 Uhr	Junge Neurologen Poster Session Leitung: Xenia Kobeleva, Hannover; Dr. med. Anselm Angermaier, Greifswald	Zehn aktuelle Poster der DGN-Tagung, zehn Highlights für JuNo und solche, die es werden wollen. Wir besprechen die Poster mit Preisträgern der vergangenen DGN-Tagung
Donnerstag, 18. September		
9.00–9.30 Uhr DGN-Forum	JuNo-Kongressguide II Referenten: Dr. med. Haidar Dafsari, Köln; Dr. med. Lorenz Müller, Würzburg	Siehe Mittwoch
10.00–12.00 Uhr DGN-Forum	State of the art Teil II Parkinson: PD Dr. med. Georg Ebersbach, Beelitz Unklare Vigilanzminderung: Dr. med. Peter Bader, Bad Heilbrunn Schwindel: Prof. Dr. med. Michael Strupp, München Leitung: Dr. med. Christiana Ossig, Berlin; Dr. med. Katrin Rauen, Bad Aibling	Von Koryphäen lernen: Erfahrene Neurologen fassen den state of the art bei drei weiteren wichtigen neurologischen Erkrankungen zusammen.
12.00–13.00 Uhr Saal 21	Speed Dating Leitung: Dr. med. Dietrich Sturm, Essen; Dr. med. Lorenz Müller, Würzburg; Anne-Sophie Biesalski, Wuppertal; Eileen Gülke, Hannover	Diese Veranstaltung ermöglicht Studierenden und jungen Assistenzärzten den Kontakt zu Chefarzten und renommierten Forschern aus ganz Deutschland und die Möglichkeit, Fragen zu Klinik und Forschung in der Neurologie zu stellen. In kurzen, zeitlich begrenzten Gesprächen können die Teilnehmer einander kennenlernen und Fragen zu Klinik und Forschung anreißen.
15.00–16.30 Uhr DGN-Forum	Treffen der Generationen Leitung: Dr. med. Linda Wilbers, Jülich; Dr. med. Sophie Aschenberg, Köln; Christopher Doppler, Jülich; Dr. med. Helge Hellriegel, Kiel	Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Neurologie? Assistenzärzte, Ober- und Chefarzte berichten von ihren Erfahrungen und Lebenswegen. Im Mittelpunkt steht die Diskussion verschiedener Konzepte sowie ihre Umsetzbarkeit im klinischen Alltag.
16.30–18.30 Uhr DGN-Forum	Karriere in Klinik und Forschung Referenten: Prof. Dr. med. Yvonne Weber, Tübingen; PD Dr. med. Götz Thomalla, Hamburg; Dr. Theodora Hogenkamp, DFG, Bonn; Leitung: Felix Bernhard, Tübingen; Dr. med. Christiana Ossig, Berlin; Xenia Kobeleva, Hannover	Erfahrene Neurologen und Neurowissenschaftler vermitteln zentrales Wissen rund ums Forschen, Publizieren und die wissenschaftliche Karriere. Ein Highlight! Veranstalter: Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) und Junge Neurologen.
Freitag, 19. September 2014		
9.00–12.00 Uhr Saal Staffelsee	Workshop Publizieren Referenten: Prof. Dr. med. Lars Timmermann, Köln; Prof. Dr. med. Thomas Gasser, Tübingen Leitung: Anne-Sophie Biesalski, Wuppertal; Dr. med. Dietrich Sturm, Essen; Christopher Doppler, Jülich	Rund 15 Teilnehmer treffen sich nach Voranmeldung mit hochkarätigen Referenten und bearbeiten gemeinsam Fragen zu Forschungsanträgen und zur Publikation von Forschungsergebnissen („Wie schreibe ich ein Paper?“)
12.00–14.00 Uhr Saal 04	Spotlight Leitung: Prof. Dr. med. Alexander Storch, Dresden; Dr. med. Christiana Ossig, Berlin	Referenten stellen in Kurzvorträgen die Höhepunkte des wissenschaftlichen Programms auf der Neurowoche 2014 vor.

beitgeber anbietet. In diesem Jahr finden voraussichtlich sieben „Tage in der Neurologie“ statt. Interessierte finden Informationen zum Ablauf und Erfahrungen von Kliniken und Teilnehmern auf der Website der JuNo: www.junge-neurologen.de.

Auch für Praxen haben die Jungen Neurologen eine Initiative entwickelt und bieten diese zusammen mit der KBV an (siehe Info rechts).

Vernetzung und Journal Club

Die Website www.junge-neurologen.de ist das Kommunikationsmedium der JuNo. Sie berichtet über das Fach und die Angebote der JuNo, das Leben an der Universität und die Arbeit als Neurologe in Klinik und Praxis. Alle sechs Wochen verschicken die JuNo einen Newsletter an rund 1.000 Abonnenten und informieren über neue Termine, Aktionen, und Erfahrungen. Beliebt auf der Seite ist beispielsweise der „Journal Club“. Eine im Augenblick neunköpfige Redaktion fasst aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen in kurzen Artikeln zusammen und bewertet sie kritisch. Weiterhin verweisen die Autoren auf zusätzliche Informationsquellen zum Thema.

Besonders wichtig für die Zusammenarbeit mit Studierenden und Assistenten ist außerdem die JuNo-Facebookseite. Kurze prägnante Beiträge sollen die Kommunikation in der Community der JuNo fördern. Das soziale Netzwerk ist für viele eine gute Eintrittspforte, um mit den JuNo Kontakt aufzunehmen. Außerdem bietet Facebook Summer-School-Teilnehmern und Studierenden, die mit einem Stipendium zum DGN-Kongress kommen, eine Möglichkeit, um miteinander in Kontakt zu treten

JuNo suchen Praxen für eine Famulaturbörse – Kooperation mit der KBV

Kopfschmerzdiagnostik und -therapie, Schwindelbehandlung und Rückenschmerz, epileptischer Anfall, MS-Schub, Bewegungsstörung, periphere neurologische Erkrankungen oder weitere Behandlung nach Schlaganfall: Neurologie in der niedergelassenen Praxis ist spannend und anspruchsvoll! Die JuNo wollen deshalb ihr Netzwerk für Praxisfamulaturen ausbauen und bei Studierenden unter anderem über die sozialen Netzwerke auf dieses Angebot aufmerksam machen.

Wir bitten Praxen, die sich vorstellen können, einen Studierenden rund vier Wochen am Praxisbetrieb teilhaben zu lassen, sich bei den JuNo zu melden. Wir veröffentlichen diese Praxen auf der Website der JuNo im Bereich „Praxisfamulatur“.

Außerdem kooperieren die JuNo hierbei mit der KBV. Diese plant eine Deutschlandkarte mit Famulaturpraxen auf einer Internetseite „www.lass-dich-nieder.de“ zu veröffentlichen. Dabei soll die Neurologie natürlich möglichst breit und flächendeckend vertreten sein. Wir möchten die Praxen daher bitten, uns kurz mitzuteilen, ob sie damit einverstanden sind, auf dieser KBV-Website ebenfalls zu erscheinen.

Kontaktadresse: info@junge-neurologen.de

Weitere Informationen unter: <http://www.junge-neurologen.de/praxisfamulatur.html>

und zum Beispiel Mitfahrgelegenheiten und Unterkünfte zu verabreden. Damit wird der Zusammenhalt bereits vor Beginn der Veranstaltung gestärkt.

Medizin für kluge Köpfe – Neurowoche 2014

Selbstverständlich sind die JuNo auch auf der Neurowoche 2014 in München vertreten. Ihr Programm finden Sie auf der nächsten Seite. Besonders hinweisen möchten wir auf das „Speed Dating“. Es fand erstmals 2013 in Dresden statt. Wegen der sehr guten Rückmeldungen kommt jetzt die Neuauflage. Diese Veranstaltung ermöglicht Studierenden und jungen Assistenzärzten den Kontakt zu Chefärzten und renommierten Forschern aus ganz Deutschland und die Möglichkeit, Fragen zu Klinik und

Forschung in der Neurologie zu stellen. In kurzen, zeitlich begrenzten Gesprächen können die Teilnehmer einander kennenlernen und Fragen zu Klinik und Forschung anreißen. Die Auswahl der richtigen Klinik, die Schaffung einer guten Work-Life-Balance oder die Vermittlung geeigneter Kontakte sind typische Themen. □

AUTOREN

Dr. med. Christiana Ossig, Berlin

Dr. med. Maria Czunczelat, Rotenburg/Wümme

Thomas Ihl, Berlin

Dr. med. Dietrich Sturm, Essen

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.

Was bei Schwindel hilft

☞ Schwindel gehört zu den häufigsten Erkrankungen in der Neurologie. In der Allgemeinbevölkerung liegt die Lebenszeitprävalenz von Schwindel bei etwas über 7%. Bei Patienten älter als 80 Jahre klagt nahezu jeder Dritte über Schwindelsymptome.

In der Schwindeldiagnostik sind nach Angaben von Professor Frank Schmäl, Leiter der Schwindelambulanz des HNO-Zentrums Münsterland, in den vergangenen Jahren enorme Fortschritte erzielt worden. So ist es heute mit dem Video-Kopf-Impuls-Test (vHIT) möglich, alle sechs Bogengänge des Vestibularapparates durch Testung der Blickfeldstabilisierung im Rahmen des angulären vestibulo-okulären Reflexes zu prüfen. Zusätzlich können der Sakkulus durch cervical vestibulär evozierte myogene Potenziale (cVEMP) sowie der Utrikulus über okulär vestibulär evozierte myogene Potenziale (oVEMP) getestet werden.

Zu den häufigsten Diagnosen gehört laut Dr. Christoph Schorn vom Schwindelzentrum des Uniklinikums Essen der phobische Schwankschwindel. Viele Erkrankte hatten zuvor allerdings bereits eine organisch bedingte vestibuläre Erkrankung. Auch andere Komorbiditäten, darunter auch psychiatrische Erkrankungen, spielen beim phobischen Schwankschwindel eine Rolle, erklärte Schorn.

Physiotherapie fördert die zentral-vestibuläre Kompensation

Bei der Behandlung von Schwindelpatienten haben sich physiotherapeutische Maßnahmen mit Übungen zur Blickstabilisation sowie zur Reduktion der visuellen und somatosensorischen Abhängigkeit als wirkungsvoll erwiesen. Bei der medikamentösen Therapie sollten bevorzugt Substanzen wie Vertigoheel® eingesetzt werden, die nicht zentral dämpfend wirken, und die die zentral-vestibuläre Kompensation nicht beeinträchtigen, empfahl Schorn.

Jürgen Stoschek

Symposium „Von der Forschung über die Diagnostik hin zur Therapie – aktuelle Erkenntnisse zum Thema Schwindel“, HNO-Jahrestagung 2014, Dortmund, 29.5.2014

Veranstalter: Biologische Heilmittel Heel

Epilepsie: Mit Add-on-Therapie zur besseren Kontrolle

☞ Eine antiepileptische Monotherapie ist bei fokalen epileptischen Anfällen in vielen Fällen nicht ausreichend. Eine Zwischenanalyse der nicht-interventionellen EPOS-Studie (Eslicarbazepine acetate in Partial-Onset Seizures) in acht europäischen Ländern zeigt, dass Eslicarbazepinacetat (Zebinix®) einmal täglich als Zusatztherapie zu einer Antiepileptika-Monotherapie bei Erwachsenen in der routinemäßigen klinischen Praxis wirksam ist und bei langfristiger Beibehaltung der Therapie gut vertragen wird [Holtkamp M et al. ECE 2014 Abstract P140]. Alle 109 teilnehmenden Patienten waren unter einer Antiepileptika-Monotherapie (am häufigsten unter Levetiracetam mit 32,1% und unter Lamotrigin mit 23,9%) nicht anfallsfrei geblieben. Die behandelnden Ärzte konnten nach eigenem Ermessen eine Zusatztherapie mit Eslicarbazepinacetat anbieten. Nach sechs Monaten betrug die Retentionsrate für das zusätzliche Antiepileptikum 82,6% bei einer durchschnittlichen täglichen Eslicarbazepinacetat-Dosis von 907 mg nach Aufdosierung. 47,8% der Patienten waren nach eigenem Bekunden über dieses halbe Jahr anfallsfrei. Die Add-on-Therapie wurde gut vertragen: 29 Pati-

enten berichteten unerwünschte Ereignisse während des Beobachtungszeitraums, am häufigsten Schwindel (6,4%), Kopfschmerzen (5,5%) und Müdigkeit (4,6%).

Perampnel (Fycompa®) ist das einzige zugelassene Antiepileptikum, das selektiv an AMPA-Rezeptoren angreift. Eine Subgruppenanalyse aus der Phase-III-Zulassungsstudien (n = 1.480) [Brodie MJ et al. ECE 2014, Abstract 009] und einer offenen Verlängerungsstudie (n = 1.186) [Pasolos PN et al. ECE 2014, Abstract 010] weisen darauf hin, dass die Blutfett- (Cholesterin- und Triglyceride) und Blutzuckerwerte bei verschiedenen Perampnel-Dosen (bis zu 12 mg täglich) stabil bleiben. Gewichtszunahme war das häufigste im Verlauf der Behandlung aufgetretene unerwünschte Ereignis im Hinblick auf Stoffwechseleffekte. Daten von 350 therapierefraktären Patienten aus Großbritannien und Österreich zeigen, dass Perampnel bei verschiedenen Patientengruppen wirksam und gut verträglich ist – auch bei Patienten mit einer hohen Anzahl von Begleiterkrankungen [Philip S et al. ECE 2014, Abstract P126].

Friederike Klein

Nach Presseinformationen von Eisai GmbH

MS: Freiheit von Krankheitsaktivität als Therapieziel

☞ Eine Reduktion der Häufigkeit von MS-Schüben alleine wird heute als nicht mehr ausreichend angesehen. Im Vordergrund stehe die Freiheit von relevanter klinischer und kernspintomografisch nachweisbarer Krankheitsaktivität, berichtete Dr. Boris Kallmann, niedergelassener Neurologe aus Bamberg. Gerade in der Frühphase der Erkrankung, noch bevor die Patienten einen EDSS (Expanded Disability Status Scale)-Wert von 3 erreichen, lasse sich mit einer hochwirksamen Therapie besonders viel erreichen. Daher sei es wichtig, Krankheitsaktivität rechtzeitig zu detektieren und die Therapie abhängig vom individuellen Risiko zu eskalieren.

Patienten mit hochaktiver MS, die unter einer Basistherapie weiterhin Krankheitsaktivität aufweisen, können von einer Eskalation

auf Natalizumab (Tysabri®) profitieren. In der zulassungsrelevanten AFFIRM-Studie führte Natalizumab zu einer Reduktion der jährlichen Schubrate um 68% und der Behinderungsprogression um 54% (jeweils p < 0,001 vs. Placebo) [Polman CH et al. N Engl J Med 2006; 354: 889–910]. Die psychische und die körperliche Lebensqualität nahmen unter Natalizumab zu, unter Placebo hingegen ab (p < 0,05 bzw. p < 0,01) [Rudick RA et al. Ann Neurol 2007; 62: 335–346]. Die 5-Jahres-Interimsdaten der Beobachtungsstudie TOP (Tysabri® Observational Program) mit 4.821 Patienten bestätigen, dass Schubrate und Behinderungsprogression auch im Langzeitverlauf auf niedrigem Niveau bleiben [Butzkueven H et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2014 Feb 14. Epub ahead of print]. Zudem weisen die Ergebnisse der Interims-

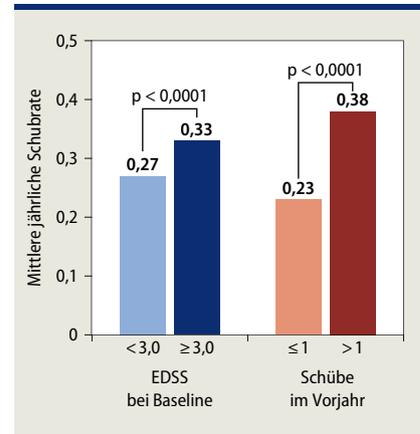
analyse auf eine Assoziation der Baseline-Charakteristika und der jährlichen Schubrate unter Natalizumab hin, erläuterte Privatdozent Dr. Björn Tackenberg, Oberarzt der Universitätsklinik für Neurologie, Marburg. Die niedrigsten Schubraten zeigten sich bei Patienten mit einem EDSS < 3, mit geringerer Schubfrequenz (≤ 1 Schub/Jahr) und bei immunsuppressiv vorbehandelten Patienten (Abb. 1). Diese Daten würden den Einsatz von Natalizumab auch über längere Zeiträume stützen, so Tackenberg.

Professor Sven Meuth, Neurologische Klinik Universität Münster, wies darauf hin, dass eine regelmäßige Nutzen-Risiko-Abwägung ein zentrales Element des langfristigen Therapiemanagements ist. Dabei leistet eine konsistente Technik (z. B. MRT) und Befundung im Vergleich zu Voraufnahmen einen

wichtigen Beitrag zur möglichst frühzeitigen Detektion morphologischer Veränderungen. Wünschenswert wäre dabei die enge Zusammenarbeit niedergelassener Neurologen, neurologischer Kliniken und Radiologen. Regionale Netzwerke könnten die adäquate Beurteilung individueller Erkrankungssituationen mit zeitnaher Therapieentscheidung wesentlich unterstützen. Insgesamt ermögliche ein kooperatives und konsistentes Therapiemanagement den Patienten, den maximalen Benefit aus dieser Behandlungsoption zu ziehen, fasste Meuth zusammen.

Abdol A. Ameri

Pressegespräch „Multiple Sklerose: Von Therapieeinstellung bis Langzeitbehandlung: Effektives Therapiemanagement mit Natalizumab“, Frankfurt, 3.6.2014, Veranstalter: Biogen Idec



(Mod. nach: Burtzkeueven H et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2014 Feb 14.)

Abb. 1: TOP-Studie. Interimsanalyse nach fünf Jahren: Schubrate unter Natalizumab in Abhängigkeit von EDSS bei Baseline und der Schubrate im Vorjahr (n = 4.821)

Morbus Parkinson: Neue Option mit dualem Wirkansatz

➔ Zum ungedeckten medizinischen Bedarf in der Parkinson-Therapie zählen die vollständige Kontrolle der motorischen Komplikationen sowie ein besseres Management nicht-motorischer Symptome. Mit Safinamide steht eine Behandlungsoption mit dualem Wirkmechanismus vor der Zulassung, von der Experten sich eine Verbesserung der Beweglichkeit erwarten. Safinamide entfalte als erste und einzige Substanz dopaminerge und nicht-dopaminerge Aktivitäten zugleich, erklärte Professor Heinz Reichmann, Klinik und Poliklinik für Neurologie am Uni-Klinikum Carl Gustav Carus in Dresden. Es sorgt für eine selektive und reversible Hemmung der Monoamin-

Oxidase B (MAO B) sowie gleichzeitig für einen aktivitätsabhängigen Natriumkanal-Antagonismus und damit für eine Hemmung der Glutamatausschüttung. Damit wirke die Substanz dem Ungleichgewicht von Dopamin und Glutamat entgegen, das in der Pathophysiologie der Parkinson-Erkrankung eine wichtige Rolle spielt.

Im zulassungsrelevanten Studienprogramm habe Safinamide gezeigt, dass es als Begleittherapie zu Dopaminagonisten bei Patienten im frühen Parkinson-Stadium sowie als Begleittherapie zu Levodopa im fortgeschrittenen Stadium die tägliche On-Zeit um etwa 1,5 bis 2 Stunden steigern könne, so Reichmann. So nahm in der pla-

cebokontrollierten doppelblinden SETTLE-Studie unter der Add-on-Therapie mit Safinamide (50–100 mg/d) über 24 Wochen die mittlere tägliche On-Zeit ohne Dyskinesien oder mit geringen Dyskinesien (vom Patienten in Tagebüchern erfasst) im Vergleich zu Placebo signifikant zu ($p < 0,001$).

Dagmar Jäger-Becker

Old Myths and new Facts in Parkinson Disease: The future role of dual dopaminergic/glutamatergic modulation in mid-to-late-stage disease. 8th International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders, Stockholm, 12.6.2014
Veranstalter: Zambon

Kombinationstherapie bei Epilepsiepatienten verbessert Verträglichkeit und Wirksamkeit

➔ Zwei Drittel der Epilepsiepatienten erreichen mit medikamentöser Therapie Anfallsfreiheit, ein Drittel bleibt nach einer Studie von Brodie aus dem Jahr 2007 trotz weiterer Umstellungen und Mehrfachkombinationen pharmakoresistent. Wie Professor Andreas Schulze-Bonhage, Epilepsiezentrum am Neurozentrum des Universitätsklinikums Freiburg, vorstellte, nehmen allerdings nur 60–70 % der Patienten ihre Medikamente wie verordnet ein, obwohl eine unregelmäßige Einnahme die Anfallsfre-

quenz und das Risiko von schweren Anfallskomplikationen (SUDEP) erhöht. Kritischer Faktor für die Compliance ist neben patientenspezifischen Faktoren die Frage der wenig belastenden Einnahme. So können in der Langzeitbehandlung Nebenwirkungen auftreten, die meist nicht in der Eindosierungsphase manifest werden. Experten nutzen daher vorwiegend Kombinationsbehandlungen unterschiedlicher Wirkmechanismen, mit denen über infraadditive Nebenwirkungen eine bessere Verträglichkeit

und Wirksamkeit bei gleicher Drug load erzielt werden kann.

Einen neuen Wirkmechanismus bietet Lacosamid, das die langsame Inaktivierung von Natriumkanälen verstärkt. Eine post-hoc-Analyse der Zulassungsstudien zeigte den Trend einer besseren Wirksamkeit in Kombination mit Nicht-Natriumkanalblockern, so Dr. Stephan Arnold, NeuroZentrum Nymphenburg/München. Die Anfallsfreiheit war besonders hoch, wenn Lacosamid in der frühen Kombinationstherapie eingesetzt

wurde (mit ein bis zwei Antiepileptika in der Vorbehandlung). Das bestätigte unter klinischen Alltagsbedingungen auch die retrospektive LACO-EXP-Studie mit Lacosamid als Zusatztherapie bei Patienten mit langjährigem zumeist therapierefraktärem Krankheitsverlauf. In Kombination mit Nicht-Natriumkanalblockern traten im Vergleich mit Natriumkanalblockern weniger unerwünschte Ereignisse auf (31,9% vs. 42,5%;

$p=0,029$). Die deutsche VITObA-Studie mit einem relativ hohen Anteil von Patienten im frühen Therapieverlauf zeigte dagegen eine gute Wirksamkeit unabhängig vom Kombinationspartner. Erst im fortgeschrittenen Stadium wird die Behandlung schwierig, erklärte Arnold: „Wenn wir bei einem Patienten Lacosamid als Add-on einsetzen, um Anfallsfreiheit zu erreichen, und es kommt dennoch zum Anfall, dann

nehmen wir Lacosamid nicht wieder heraus, sondern suchen den optimalen Kombinationspartner.“

Dr. Katrin Wolf

Presse-Round-Table „Anspruch und Perspektiven in der medikamentösen Epilepsitherapie“, 52. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie am 15.5.2014 in Bonn; Veranstalter UCB Pharma

Morbus Parkinson: Fluktuationen umgehend behandeln

➔ Motorische und nicht motorische Fluktuationen sind verschiedenartige Ausprägungen des „Wearing-off“ bei Parkinson-Patienten und beeinträchtigen die Lebensqualität der betroffenen Patienten beträchtlich. Obschon Fluktuationen meist erst im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung auftreten, können sie auch bei Patienten in einem frühen Stadium und vermeintlich gut ansprechender Behandlung mit L-Dopa beobachtet werden, berichtete Professor Fabrizio Stocchi, Rom. So wurde mittels des WOQ-19-Fragebogens in der DEEP-Studie (Early Detection of wearing off in Parkinson disease) festgestellt, dass 42% der Patienten bereits innerhalb der ersten 30 Monate nach Erkrankungsbeginn an Wearing-off Symptomen litten [Stocchi F et al. Parkinsonism Relat Disord 2014; 20: 204–11]. Insbesondere

re Patienten mit täglichen L-Dopa-Dosen über 400 mg waren betroffen. Weitere Risikofaktoren waren Schwere der Erkrankung, junges Alter bei Erkrankungsbeginn und weibliches Geschlecht.

Zur Behandlung der Fluktuationen empfehlen internationale klinische Leitlinien MAO-B-Hemmer wie Rasagilin (Azilect®). Auch die Deutsche Gesellschaft für Neurologie rät zur Beibehaltung von MAO-B-Hemmern, die bereits zu Beginn der Erkrankung bei milder Symptomatik empfohlen werden, wenn eine zusätzliche Behandlung mit L-Dopa oder/und Dopaminagonisten notwendig wird, ergänzte Professor Alexander Storch, Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen DZNE, Dresden. Die PRESTO- und LARGO-Studien, die kürzlich post-hoc analysiert wurden,

zeigten bei Patienten mit Fluktuationen für Rasagilin eine signifikante Verlängerung der „on“-Zeit, eine Verkürzung der „off“-Zeit und eine Wirkung über mehr als 24 Stunden [Elmer LW. Parkinsonism and Related Disorders 2013; 19 (11): 930–6]. Rasagilin wurde gut vertragen und war mit L-Dopa und weiteren typischen Begleitmedikationen gut und ohne Wirkverlust kombinierbar. Auch Fatigue besserte sich laut Stocchi unter Rasagilin.

Dr. Katrin Wolf

Europäischer Experten-Dialog: Unterschiede und Parallelen in der Parkinson-Therapie, im Rahmen des 8th World Congress on Controversies in Neurology (CONy) am 9.5.2014 in Berlin
Veranstalter: Teva Specialty Medicines

MS: Therapiezufriedenheit mit oralem Wirkstoff

➔ Mit dem neuen oral applizierten Immunmodulator Teriflunomid (Aubagio®) ließen sich in den beiden Zulassungsstudien TEMSO und TOWER die jährlichen Schubraten im Vergleich zu Placebo um bis zu 36% senken, eine anhaltende Behinderungsprogression trat mit der 14-mg-Dosierung bei knapp einem Drittel weniger Patienten auf und die Zahl der neuen Gadolinium-anreichernden Läsionen war um bis zu 80% geringer. Daran erinnerte Professor Mathias Mäurer, Caritas Krankenhaus in Bad Merztingen, und präsentierte eine Subgruppenanalyse der beiden Studien zu Patienten mit aktiverer MS. Solche Patienten hatten mindestens zwei Schübe im Jahr vor der Studienaufnahme. Die jährliche Schubrate ließ sich auch bei diesen Patienten gut verringern: Sie war nach etwa zwei Jahren bei den 218 Patienten mit 14 mg/d Teriflunomid

im Schnitt um 34% geringer als mit Placebo. Besonders auffällig war auch der geringe Anteil von Patienten mit einer bestätigten Behinderungsprogression über zwölf Wochen hinweg: Er lag mit Teriflunomid im Schnitt bei 18%, mit Placebo hingegen bei 31%.

Zu den Patienten, die besonders von der Therapie profitieren, zählen auch solche mit einem klinisch isolierten Syndrom (CIS). Bei ihnen ist nach den Daten der TOPIC-Studie das Risiko für die Konversion in eine klinisch manifeste MS um 43% geringer als mit Placebo. So hatten nach zwei Jahren Therapie mit Placebo knapp 36% der Patienten eine MS-Diagnose, etwa 24% waren es mit 14 mg Teriflunomid. Der Immunmodulator braucht zudem den Vergleich mit älteren Basistherapeutika nicht zu scheuen: In der Studie TENERE gab es im Vergleich zu Interferon

beta-1a s.c. keinen signifikanten Unterschied beim primären Endpunkt, der Zeit bis zum Therapieversagen. Mit dem oralen Wirkstoff waren jedoch deutlich mehr Patienten zufrieden (69% vs. 61%), auch beurteilten signifikant mehr Patienten die orale Anwendung als einfach (90% vs. 62%). Diese Beurteilung, so Mäurer, ist durchaus relevant, da ein Drittel der MS-Patienten Probleme mit der Therapieadhärenz zeigt.

Da es während der Therapie zu einer transienten Erhöhung der Leberwerte kommen kann, sollten diese vor Beginn, dann in den ersten sechs Monaten alle zwei Wochen und danach alle acht Wochen erfasst werden.

Thomas Müller

Symposium: „The evolving MS landscape“, EFNS/ENS Joint Congress of European Neurology 2.6.2014, Istanbul; Veranstalter: Genzyme

MS: Was bremst die Hirnatrophie?

➔ Als Gesamtmaß für die irreversiblen degenerativen pathophysiologischen Prozesse bei Multipler Sklerose (MS) spielt der Verlust von Hirnvolumen als Outcome-Parameter in Studien eine zunehmend wichtige Rolle, betonte Dr. Alex Rovira, Barcelona/Spanien. Messungen der Hirnatrophie seien gut reproduzierbar, sensitiv für krankheitsbezogene Veränderungen und im klinischen Alltag leicht umsetzbar, so der Neuroradiologe. Für Querschnittsbetrachtungen eigne sich die Messung des normierten Hirnvolumens (Brain parenchymal fraction, BPF) und für Längsschnittbetrachtungen der relative Volumenverlust (Percentage Brain Volume Change, PBVC).

Obschon Faktoren wie Alkohol- und Tabakkonsum die Hirnatrophie ebenfalls beeinflussen und in den ersten Monaten unter immunmodulierenden Therapien Pseudoatrophien auftreten können, gelte die Hirnatrophie als einer der besten prognostischen MRT-Faktoren für die Krankheitsprogression. Auch sei er ein vielversprechender Parameter für die Beurteilung einer möglichen Neuroprotektion immunmodulierender Substanzen. Therapieziel in der Behandlung der MS sollte daher auch eine Verminderung des Volumenverlusts des Gehirns sein. Dr. Martin Duddy, Newcastle-upon-Tyne/UK, beleuchtete die Datenlage zur Hirnatrophie

für die verfügbaren immunmodulierenden Therapien und stellte fest, dass einige, aber nicht alle Substanzen den Volumenverlust des Gehirns bremsen (Tab. 1).

Gute Datenlage für Fingolimod

Für Fingolimod (Gilenya®) liegen aus drei Studien Daten zur Hirnatrophie (PBVC) vor. In den placebokontrollierten Studien FREEDOMS und FREEDOMS II bremste Fingolimod die Hirnatrophie über zwei Jahre im Vergleich zu Placebo um 35% beziehungsweise 33%. Die Unterschiede waren bereits nach sechs Monaten signifikant. In der TRANSFORMS-Studie war die Atrophie im Vergleich zu Interferon beta 1a i.m. nach einem Jahr um 32% geringer. Der positive Effekt von Fingolimod auf die Hirnatrophie zeigte sich auch in der Verlängerung der FREEDOMS-Studie, in der die Patienten der Placebogruppe nach zwei Jahren auf Fingolimod umgestellt worden waren. Nach weiteren zwei Jahren betrug die relative Reduktion der Hirnatrophie zwischen den beiden Gruppen (Verum von Beginn an vs. Verum erst nach zwei Jahren) 27,6%.

Dr. Gunter Freese

„Time for Change: Evolution of outcome measures in MS“, AAN-Jahrestagung in Philadelphia, 30.4.2014; Veranstalter: Novartis Pharma AG

Tab. 1: Reduktion der Hirnatrophie durch verschiedene MS-Therapeutika

Therapie	Reduktion der Hirnatrophie	Quellen
IFN beta 1a i.m.	nein (Jahr 1) / ja (Jahr 2)	Rudick RA et al. Neurology 1999
IFN beta 1a s.c.	nein	Jones CK et al. Neurology 2001
Glatirameracetat s.c.	nein (ersten neun Monate) / ja (zweiten neun Monate)	Rovaris M et al. Brain 2001 Sormani MP et al. Neurology 2004
Natalizumab i.v.	nein (Jahr 1) / ja (Jahr 2)	Miller DH et al. Neurology 2007
Teriflunomid oral	nein*	Wolinsky JS et al. Mult Scler 2013
Dimethylfumarat oral	–30% für 2 x tgl. vs. Placebo (n.s. für 3 x tgl.); n.s. für beide Dosierungen vs. GA	Arnold DL et al. AAN 2012, Abstr. IN3-2.002 Miller D et al. ENS 2012, O259
Alemtuzumab i.v.	–42% (unbehandelt), –24% (vorbehandelt) jeweils vs. IFN beta 1a s.c.	Cohen JA et al. Lancet 2012 Coles AJ et al. Lancet 2012
Fingolimod oral	–35% (FREEDOMS vs. Placebo), –33% (FREEDOMS II vs. Placebo), –32% (TRANSFORMS vs. IFN beta)	Cohen JA et al. N Engl J Med 2010 Kappos L et al. N Engl J Med 2010 Radue EW et al. ECTRMS 2012. P724

* aber signifikanter Effekt auf weiße Substanz (Jahr 2)

Schizophrenie – Schritt für Schritt zur Therapietreue

— Rund 80% aller Schizophreniepatienten erleiden innerhalb der ersten fünf Jahre der Therapie multiple Rückfälle, dafür mit verantwortlich ist eine mangelnde Therapieadhärenz. Moderne Depot-Antipsychotika wie Abilify Maintena® gelten als wertvolle Therapieoptionen für die langfristige Sicherstellung der Medikamentenadhärenz. Das gerade aktualisierte Service-Programm STEPS für Patienten wurde gemeinsam mit wissenschaftlicher Unterstützung aus Klinik und Praxis entwickelt. STEPS (www.meine-steps.de) bietet innovative therapiebegleitende Instrumente für Arzt und Patient, um die Therapietreue zu fördern.

Nach Informationen von Otsuka Pharma und Lundbeck

Infodienst für Psychiater im Krankenhaus

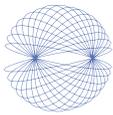
— Der kostenlose Informationsdienst „Zukunft Psychiatrie“ richtet sich an Psychiater im Krankenhaus. Er wird in Zusammenarbeit mit Trommsdorff und dem Institut für Wirtschaftspublizistik (IWW) zweimonatlich herausgegeben und hat das Ziel, stets aktuell und praxisnah zu informieren. Dabei werden die Beiträge, die unter anderem die Themen Diagnostik und Therapie, Recht und Wirtschaft aufgreifen, von unabhängigen Autoren erstellt und sollen die Leserschaft in ihrem Klinikalltag unterstützen. Die bisher erschienenen sowie die aktuelle dritte Ausgabe stehen auf der Seite www.adasuve.de zum Download bereit.

Nach Informationen von Trommsdorff

Portfolio erweitert

— Escitalopram Zentiva® Filmtabletten erweitern ab sofort das generische Neurologieportfolio von Zentiva. Sie sind in den Wirkgrößen 10, 15 und 20 mg erhältlich. Escitalopram Zentiva® Filmtabletten sind bioäquivalent und indikationsgleich zu Cipralax® Filmtabletten und daher zu 100% austauschfähig.

Nach Informationen von Sanofi



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvbn.de

Vorstand/Beirat

1. Vorsitzender: Frank Bergmann, Aachen
Stellv. Vorsitzender: Gunther Carl, Kitzingen
Schriftführer: Roland Urban, Berlin
Schatzmeister: Paul Reuther, Bad-Neuenahr-Ahrweiler
Sektion neue Bundesländer: 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: Holger Marschner
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: Ulrike Bennemann
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Fritz König
Thüringen: Volker Schmiedel
Westfalen: Rüdiger Saßmannshausen

Ansprechpartner für Themenfelder

EBM/GÖÄ: Gunther Carl, Frank Bergmann
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, Gunther Carl, Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim, 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, Neuroophthalmologie: 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
Schmerztherapie Neurologie: Uwe Meier, Monika Körwer
Suchttherapie: Ulrich Hutschenreuter



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ www.neuroscout.de

Vorstand des BDN

1. Vorsitzender: Uwe Meier, Grevenbroich
2. Vorsitzender: Christian Gerloff, Hamburg
Schriftführer: Heinz Wiendl, Münster
Kassenwart: Martin Delf, Hoppegarten
Beisitzer: Frank Bergmann, Aachen; Elmar Busch, Gelsenkirchen; Peter Berlit, Essen; Heinz Herbst, Stuttgart

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



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

Geschäftsstelle des BVDN

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

Delegierte in Kommissionen der DGN

Leitlinien: Uwe Meier
Versorgungsforschung: Uwe Meier
Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung: Rolf Hagenah
Anhaltzahlen/Qualitätssicherung: Fritjof Reinhardt, Paul Reuther
Rehabilitation: Harald Masur
CME: Friedhelm Jungmann, Paul Reuther
DRG: Rolf Hagenah, Reinhard Kiefer

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

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

BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg: Wolfgang Freund
Bayern: Karl-Otto Sigel
Berlin: Walter Raffauf
Brandenburg: Martin Paul
Bremen: Helfried Jacobs
Hamburg: Heinrich Goossens-Merkel
Hessen: Thomas Briebach
Mecklenburg-Vorpommern: Liane Hauk-Westerhoff
Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf
Nordrhein: Uwe Meier
Rheinland-Pfalz: Günther Endrass
Saarland: Richard Rohrer
Sachsen: Mario Meinig
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Uwe Meyer-Hülsmann
Thüringen: Dirk Neubert
Westfalen: Martin Bauersachs

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: Oliver Biniasch, Christian Vogel
Baden-Württemberg: 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: Ulrike Bennemann
Sachsen-Anhalt: Regina Nause
Schleswig-Holstein: Uwe Bannert
Thüringen: Sabine Köhler
Westfalen: Rüdiger Saßmannshausen

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 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, Arzt in Weiterbildung 90 €, Senior 60 €).
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, Arzt in Weiterbildung 90 €, Senior 60 €).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BDN und BVDN – zu gleichen Beitragskonditionen.
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e.V. (BVDP) (Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, Arzt in Weiterbildung 90 €, Senior 60 €).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BVDP und BVDN – zu gleichen Beitragskonditionen.
- Ich wünsche die **DREIFACHMITGLIEDSCHAFT** – BVDN, BDN und BVDP – zu gleichen Beitragskonditionen.

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

Tel.-Nr. _____ Fax _____

E-Mail/Internet:

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

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

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

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

Konto-Nr.: _____

bei der _____ BLZ _____

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

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)