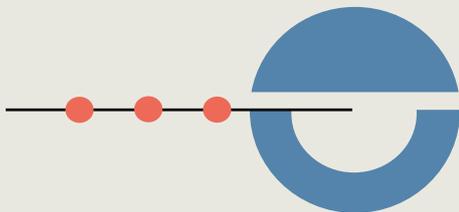


NEUROTRANSMITTER

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

BDN-Sonderheft
zum 88. Kongress
der DGN 2015

Mensch im Blick –
Gehirn im Fokus



Neurologie 2020 – Versorgungslandschaft im Wandel

Schlaganfall

Neurovaskuläre Netzwerke erforderlich

Hirntoddiagnostik

Neurologischer Sachverstand wird Pflicht

Notfallambulanzen

Leistungsverdichtung in der Klinik



Dr. med. Uwe Meier
Vorsitzender des BDN



Prof. Dr. med. Christian Gerloff
Vorsitzender des BDN

Der Kongress-Freitag ist „BDN-Tag“

Liebe Kollegen und Kolleginnen, wir freuen uns, Ihnen auch in diesem Jahr wieder im Rahmen des DGN-Kongresses eine NeuroTransmitter-Sonderausgabe mit ausgewählten Themen aus der Berufspolitik und unserer Verbandstätigkeit präsentieren zu können.

Die Beiträge haben wir diesmal in drei Hauptthemen zusammengefasst. Ein erster Themenschwerpunkt beschäftigt sich mit einem Megatrend in der Berufspolitik: Wie können wir eine bedarfsgerechte Versorgung bei steigenden Bedarfen auch in der Zukunft sicherstellen, im Hinblick auf die Basisversorgung neurologischer Patienten sowie auf spezialisierte und superspezialisierte Versorgungsangebote, die im Rahmen des medizinischen Fortschrittes zwangsläufig zahlreicher und komplexer werden. Das ist ein in der Politik und in den Institutionen der ärztlichen Selbstverwaltung heiß diskutiertes Thema, dem wir mit eigenen Überlegungen gegenüberreten müssen und wollen, um den hieraus unweigerlich resultierenden Strukturwandel mitgestalten zu können. Wir stellen das exemplarisch am Beispiel der Vernetzung in der MS-Versorgung und in der Schlaganfallakutbehandlung dar. Auch interdisziplinäre Themen wie die zentrale Notfallaufnahme, die Palliativmedizin und die Neuropsychologie werden in diesem Kontext thematisiert. Während die Schlaganfall- und MS-Versorgung originär neurologische Themen sind und bleiben, ist unser Engagement in der Versorgung von palliativen und neuropsychologischen Patienten dringend gefragt, weshalb wir alle Neurologen, auffordern sich hier aktiv einzubringen.

Ein zweiter Themenkomplex umfasst berufspolitisch hochrelevante Fakten wie die neue Richtlinie zur Hirntoddiagnostik, die wichtigsten Veränderungen des Versorgungsgesetzes und natürlich ein kurzes Update zur aktuellen Honorarpolitik.

Ein dritter Themenschwerpunkt betrifft wie immer die Verbandsarbeit unter anderem mit einem Auszug aus dem Spektrum unserer Öffentlichkeits- und Pressearbeit.

Wir möchten Sie auch gerne einladen, unser BDN-Forum am Freitag, den 25. September, um 8.30 Uhr zu besuchen. Wir halten das diesjährige Thema für ausgesprochen wichtig. Es geht um nicht mehr und nicht weniger als um die Frage, wie frei wir tatsächlich medizinisch handeln können, oder ob wir in unseren medizinischen Entscheidungen beeinflusst werden. Während einige Sachzwänge und Einflussnahmen augenscheinlich sind, beobachten wir mit großer Sorge eine Einflussnahme durch Gesetzgebung und Richtlinien, die unseren Handlungsspielraum zunehmend und systematisch einengen. Verwunderlich ist, dass eine öffentliche und kritische Diskussion hierüber praktisch kaum stattfindet. Das ist für uns Anlass, das Thema im BDN-Forum im Rahmen eines Diskurses mit anschließender Diskussion mit Ihnen aufzugreifen. Im Anschluss an das BDN-Forum möchten wir Sie ab 10.00 Uhr gerne auch zur Mitgliederversammlung begrüßen.

Last not least möchten wir Sie auffordern, uns während des Kongresses am BDN-Stand zu besuchen. Denjenigen, die nicht nach Düsseldorf kommen können, wünschen wir Zeit und Muße, um diese NeuroTransmitter-Sonderausgabe zum diesjährigen DGN-Kongress in Ruhe zu Hause zu lesen. Allen anderen wünschen wir einen schönen Kongressverlauf!

Mit herzlichen Grüßen,



» Ganz klar: Die Neurologie ist ein junges Fach mit großer Zukunft und erhält mittlerweile auch vom Nachwuchs die Aufmerksamkeit, die sie verdient. «

Prof. Dr. med. Ralf Gold, Bochum
1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Herzliche Einladung nach Düsseldorf

**Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Mitglieder des Berufsverbands der
Neurologen BDN,**

seit der Neurowoche im September 2014 in München liegt wieder ein ereignisreiches Jahr hinter uns. Und gleichzeitig ein äußerst erfolgreiches: Die Bundesärztekammer meldet, dass unser Fach unter allen Gebietsbezeichnungen mit über 6 % das schnellste personelle Wachstum verzeichnet, ganz gleich ob im klinischen Umfeld oder in der Praxis. Die Anzahl der Fachkolleginnen und -kollegen hat in Deutschland nun erstmals die 6.000er-Grenze überschritten, und mit mehr als 500 Zulassungen zum Facharzt in einem Jahr ist ebenfalls ein neuer Höchststand erreicht. Zur Erinnerung: 1993 waren wir noch 1.200 Neurologen. Genau ein Drittel aller Neurologinnen und Neurologen ist heute jünger als 50 Jahre. Ganz klar: Die Neurologie ist ein junges Fach mit großer Zukunft und erhält mittlerweile auch vom Nachwuchs die Aufmerksamkeit, die sie verdient.

Das spiegelt sich auch bei den Innovationen und Erweiterung unserer Aufgaben wider:

- Die endovaskuläre Therapie hat sich als Revolution in der Akuttherapie des Schlaganfalls herausgestellt und stellt die Versorgungslandschaft derzeit vor neue Herausforderungen.
- Seit dem 6. Juli muss bei der Hirntoddiagnostik immer ein Neurologe oder Neurochirurg beteiligt sein.
- Ob Multiple Sklerose, Demenzen, Parkinson oder Epilepsie – laufend können wir Verbesserungen in der Therapie erzielen, im Detail nur graduell, in der Summe aber vielfach mit einer deutlich besseren Lebensqualität für unsere Patienten.
- Gleichzeitig rücken die geriatrische Neurologie und die Palliativmedizin immer stärker in unseren Fokus – zwei Bereiche, in denen unsere speziellen Kenntnisse so gefragt und wichtig sind wie nie zuvor.

Mensch im Blick – Gehirn im Fokus

Alle diese Themen bildet der diesjährige DGN-Kongress Ende September in Düsseldorf unter dem Motto „Mensch im Blick – Gehirn im Fokus“ ab. Als Kongresspräsidenten-Duo haben Professor Hans-Peter Hartung aus Düsseldorf und ich zusam-

men mit den Kongresssekretären und der DGN-Programmkommission 91 wissenschaftliche Symposien für Sie zusammengestellt. Daneben erwarten Sie 45 Fortbildungskurse, das internationale Danube-Symposium und das DGN-Forum, das sich – ähnlich wie das BDN-Forum – auf dem DGN-Kongress aktuellen standespolitischen und gesellschaftlichen Themen widmet.

Die Jungen Neurologen haben wieder ein äußerst attraktives Programm für den Nachwuchs kreiert, das zahlreiche Assistenzärzte und inzwischen rund 300 an Neurologie interessierte Studierende der Humanmedizin anzieht – denn der DGN-Kongress hat sich längst auch als Karrierebörse etabliert. Vielleicht finden Sie in Düsseldorf Ihren neuen Mitarbeiter. Auch das weitere Vortragsprogramm möchte ich Ihnen empfehlen: Im Präsidentensymposium wird unter anderem die Rolle der Neurologie in der NS-Zeit beleuchtet und in der Eröffnungsveranstaltung berichten renommierte Max-Planck-Forscher von neuen Erkenntnissen über den Einfluss der Darm-Mikroflora auf neurologische Erkrankungen.

Ich würde mich freuen, Sie in der Rheinmetropole Düsseldorf begrüßen zu dürfen.

Mit Grüßen von der Ruhr,

Ihr



© Coloures-pic / Fotolia.com, Sergey Nivens / Fotolia.com

Inhalt

Sonderheft 1/2015

Mensch im Blick – Gehirn im Fokus

Der 88. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie mit Fortbildungsakademie findet vom 23. bis 26. September 2015 in Düsseldorf statt. In mehreren Symposien wird besonderes Augenmerk auf die Rolle der weiterhin dringend notwendigen translational orientierten medizinischen Wissenschaft gelegt.

Ganz konkrete Hinweise zum Kongressbesuch aus der Sicht des BDN, der DGN und der Jungen Neurologen erhalten Sie mit dieser Sonderausgabe des NeuroTransmitters.

Der Themenschwerpunkt des Heftes „Neurologie 2020 – Versorgungslandschaft im Wandel“ behandelt Beispiele aus der Versorgung von Patienten mit Schlaganfall beziehungsweise mit MS und befasst sich mit der Situation in der Notaufnahme sowie der Palliativmedizin und der Neuropsychologie.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. rer. nat. Gunter Freese
 Telefon: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435
 E-Mail: gunter.freese@springer.com

Dr. rer. nat. Carin Szostecki
 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: © vege / Fotolia.com

3 Editorial

Der Kongress-Freitag ist „BDN-Tag“

Uwe Meier, Grevenbroich, Christian Gerloff, Hamburg

5 Geleitwort

Herzliche Einladung nach Düsseldorf

Ralf Gold, Bochum

Der BDN

10 Vorge stellt – Ihre Ansprechpartner beim BDN

DGN-Kongresslotse

12 Höhepunkte und Empfehlungen

Tipps aus der Kongressorganisation

Frank Miltner, Pressestelle der DGN, München

15 Der BDN auf dem DGN-Kongress

Einladung zum BDN-Forum

Uwe Meier, Grevenbroich, Christian Gerloff, Hamburg

40 Medizin für kluge Köpfe

Das Kongressprogramm der Jungen Neurologen

Versorgungslandschaft im Wandel

16 Neurologie 2020

Versorgungslandschaft im Wandel

Uwe Meier, Grevenbroich

17 Stroke Units und neurovaskuläre Netze – wer versorgt künftig die Patienten?

Versorgung am Beispiel Schlaganfall

Christian Gerloff, Hamburg

20 Die Zukunft liegt im Netzwerk

Versorgung am Beispiel Multiple Sklerose

Heinz Wiendl, Münster

22 Neurologische Kliniken in der

Leistungsverdichtungs-Kosten-Schere

Anforderungen in der klinischen Neurologie

Peter Berlit, Essen

25 Neuropsychologie

Wie gut gelingt die Translation aus der Wissenschaft in die Praxis?

Iris-Katharina Penner, Düsseldorf

27 Das letzte Lebensjahr

Wieviel Palliativmedizin braucht der neurologische Patient?

Raymond Voltz, Köln

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

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: -8930, E-Mail: carlg@t-online.de

Verlag: Springer Medizin | Urban & Vogel GmbH
Aschauer Str. 30, 81549 München, Tel.: 089 203043-1300, Fax: -1399,
www.springerfachmedien-medizin.de

Geschäftsführer: Joachim Krieger, 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: 31435, E-Mail: gunter.freese@springer.com, Dr. rer. nat. Carin Szostecki
(-1346), Dr. rer. nat. Thomas Riedel (-1327), Thomas Müller, Monika Hartkopf
(Chefin vom Dienst, -1409), Doris Gebhardt (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

Zur Zeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 17 vom 1.10.2014.

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 25 €, Jahresabonnement 209 € (für Studenten/AIP:
125,40 €) jeweils zzgl. Versandkosten Inland 31 €, Ausland 49 €, inkl. MwSt..
Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitglieds-
beitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement
52 € 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 be-
trachten 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: PHOENIX PRINT GmbH, Alfred-Nobel-Str. 33, 97080 Würzburg

Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

© Verlag Urban & Vogel GmbH, München, 2015

ISSN 1436-123X



Rund um den Beruf

- 28** **Änderung der Richtlinie Hirntoddiagnostik betrifft Neurologen**
Hintergründe und kritische Anmerkungen
Elisabeth Rehkopf, Osnabrück
- 32** **Die Klarheit fehlt!**
Meldung des SPIZ zum Anti-Korruptionsgesetz
- 33** **Versorgungsstärkungsgesetz 2015**
Wichtige Veränderungen für Neurologen
Thorsten A. Quiel, Bonn
- 35** **Honorarreform 2016**
Entwicklung und Zeitplan
Uwe Meier, Grevenbroich, Frank Bergmann, Aachen

Junge Neurologen

- 38** **Junge Neurologen gehören mittlerweile zu den „alten Hasen“**
Erfolgreiche Nachwuchsarbeit
Arne Hillienhof, Köln
- 39** **„Ich war von Anfang an begeistert“**
Interview mit der neuen JuNo-Sprecherin
Anne-Sophie Biesalski
Arne Hillienhof, Köln

Neurologen im Netz

- 42** **Neuer Besucherrekord auf der Patienteninformationsseite**
Die 3-Millionen-Grenze wird anvisiert
Jochen Lamp, Frankfurt

- 9** **Impressum**
- 37** **Buchtipps**
- 46** **Pharmaforum**
- 50** **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-ulm@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	crisrina.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	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

Alle unter einem Dach – Synergieeffekte inklusive



Die Geschäftsstelle in Krefeld



Konferenzraum für Veranstaltungen mit bis zu zwölf Personen

Die gemeinsame Geschäftsstelle der Berufsverbände 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 und die Veranstaltungsreihe „Coaching-Kompetenz für Fachärzte“.

Unter dem Dach der Geschäftsstelle in Krefeld werden die Interessen von insgesamt etwa 3.500 Mitgliedern aus folgenden Organisationen vertreten:

- Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN)
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)
- Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)
- Bundesverband Ambulante NeuroRehabilitation (BV ANR)
- Verband für Qualitätsentwicklung in Neurologie und Psychiatrie (QUANUP)
- Spitzenverband ZNS (SPiZ).

Der SPiZ ist der Zusammenschluss bundesweit organisierter Berufsverbände, die gemäß ihrer Satzung ein Gebiet aus dem neurologisch-psychiatrischen

Versorgungsspektrum repräsentieren und der die Interessen seiner Mitglieder und der die Interessen der in den Mitgliedern organisierten Ärzte auf der fachärztlichen Versorgungsebene bündelt, um sie koordiniert gegenüber Politik, Selbstverwaltung und Öffentlichkeit zu vertreten. Mitglieder des SPiZ unter dem Vorsitz von Dr. Frank Bergmann sind: BDN, BVDN, BVDP, BKJPP (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland) und BPM (Berufsverband der Fachärzte für Psychosoma-

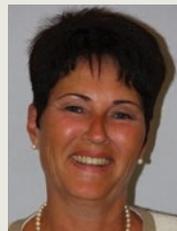
tische Medizin und Psychotherapie Deutschlands).

Der BDN ist 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

BDN-Geschäftsstelle

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

bvbn.bund@t-online.de

bvanr@t-online.de

Wir stehen Ihnen von Montag bis Freitag in der Zeit von 8.30 – 17.30 Uhr zur Verfügung.



88. DGN-Kongress 2015 in Düsseldorf

Höhepunkte und Empfehlungen

88. Kongress
der DGN 2015

**Mensch
im Blick
Gehirn
im Fokus**



23. – 26. September | Düsseldorf

Der 88. DGN-Kongress findet vom 23. bis 26. September 2015 in Düsseldorf statt. Auch in diesem Jahr werden wieder mehr als 6.000 Kollegen aus der Neurologie und angrenzenden Disziplinen sowie Neurowissenschaftler erwartet. Den Besuchern wird ein hochkarätiges Programm geboten: 91 Sessions mit mehr als 500 wissenschaftlichen Vorträgen, 320 Poster, 23 Industriesymposien, eine Fachausstellung mit über 80 Unternehmen und 20 Non-Profit-Organisationen, das Nachwuchsprogramm der Jungen Neurologen sowie 45 Kurse und insgesamt 270 Vorträge der industrieunabhängigen DGN-Fortbildungsakademie.

Zwei Kongresspräsidenten bündeln 2015 ihre Kräfte: Professor Ralf Gold, Bochum, gleichzeitig 1. Vorsitzender der DGN, und Professor Hans-Peter Hartung, Düsseldorf. Sie verbinden mit dieser Kooperation nicht allein geografisch Rhein und Ruhr – fachlich sind sie schon sehr lange durch die Therapie und Pathogenese von ZNS-Autoimmunerkrankungen eng verbunden. Gemeinsam mit der Programmkommission der DGN und den Kongresssekretären haben sie ein hochkarätiges Programm zusammengestellt, das in nur vier Tagen das gesamte Spektrum der Neurologie umfasst.

Wissenschaftliches Programm

Entsprechend dem Kongressmotto „Mensch im Blick – Gehirn im Fokus“ behandeln einige Themen im wissenschaftlichen Programm systemische Beeinflussungen und die Bedeutung von Umweltfaktoren wichtiger neurologischer Erkrankungen. Etwa die Frage, ob und in welchem Umfang Lebensstilfaktoren das Risiko beeinflussen, an Alzheimer oder Parkinson zu erkranken – gerade für diese beiden neurodegenerativen Erkrankungen liegen interessante Daten vor.

Für die Schlaganfallprävention sind die Effekte ausführlich untersucht und

diskutiert – wie Umweltfaktoren die Rehabilitation beeinflussen, wird derzeit intensiv untersucht.

Bei der Multiplen Sklerose steht neben Umweltfaktoren wie Rauchen und Vitamin-D-Mangel als Risikofaktoren neuerdings die mögliche Rolle der individuellen Darmflora im Fokus. Ein besseres Verständnis der Interaktionen zwischen dem darmassoziierten Immungewebe und einer systemischen Immunreaktion hätte nicht nur Implikationen für die Multiple Sklerose, sondern weitreichende Folgen für das Verständnis der meisten immunvermittelten chronischen Erkrankungen.



Für den DGN-Kongress 2015 sind 320 Poster angemeldet.

© DGN / S.Brattlic

Kongresslotse

47. Danube-Symposium

Angebunden an den 88. Kongress der DGN findet am Freitag, 25. September, und Samstag, 26. September, in Raum 18/19 des Congress Center Düsseldorf das 47. Danube Symposium statt. Diese jährliche internationale Tagung hat eine lange Tradition. Ursprünglich initiiert zum wissenschaftlichen Austausch west- und osteuropäischer Neurologen hat sie sich zu einer festen paneuropäischen Plattform klinisch und wissenschaftlich tätiger Neurowissenschaftler etabliert. Der diesjährige Wechsel von der Donau an den Rhein unterstreicht diesen paneuropäischen Gedanken. Die Anbindung an den gleichzeitig stattfindenden DGN-Kongress bietet eine weitere Möglichkeit der engen Zusammenarbeit von Neurologen über Landesgrenzen hinweg in einem vereinten Europa.

Das Symposium beschäftigt sich mit den aktuellen Entwicklungen in allen relevanten Krankheitsgebieten der Neurologie unter besonderer Berücksichtigung aktueller Diagnosekriterien und Therapiemöglichkeiten.

Pionierforschung für neue Therapien

Den festlichen Auftakt des DGN-Kongresses bildet die Eröffnungsveranstaltung (Donnerstag, 24. September 2015, 10.30 – 12.30 Uhr) mit den beiden Kongresspräsidenten. Im Rahmen der Veranstaltung werden herausragende Leistungen von Kolleginnen und Kollegen mit der Wilhelm Erb-Gedenkmünze, dem Erb-Becher, dem Heinrich Pette-Preis und der Ehrenmitgliedschaft der DGN gewürdigt.

Weitere Höhepunkte sind die Vorträge der beiden renommierten Key-Note-Speaker: Professor Klaus-Armin Nave, Direktor der Abteilung Neurogenetik am Max-Planck-Institut für Experimentelle Medizin in Göttingen, geht in seinem Vortrag „Myelin Matters – von Menschen und Mäusen“ auf die lang unterschätzte Funktion von Gliazellen ein. Sie beschleunigen nicht nur die Fortleitung von neuronalen Signalen, sondern versorgen die Axone auch mit Energie und sind damit wichtig für deren physisches Überleben und ein interessantes Target für neue Therapien.

Im Vortrag von Professor Hartmut Wekerle, Hertie-Senior Professor am Max-Planck-Institut für Neurobiologie in München, mit dem Titel „MS und Darmflora – Bakterieller Bioreaktor als Motor einer autoimmunen Hirnerkrankung?“ geht es um die aktuellen Erkenntnisse zum Einfluss der bakteriellen

Darmflora auf autoimmune Erkrankungen wie MS und deren Konsequenzen für Verständnis, Diagnose und Therapie.

Präsidentensymposium – zwei Schwerpunktthemen

Das Präsidentensymposium (Donnerstag, 24. September 2015, 17.00 – 20.00 Uhr) ist in diesem Jahr zwei Schwerpunktthemen gewidmet: Im ersten Teil „Neurologie in der NS-Zeit – eine Bestandsaufnahme“, unter dem Vorsitz von DGN-Past-Präsident Professor Martin Grond, präsentieren Professor Heiner Fangerau, Professor Axel Karenberg und Dr. Michael Martin vom Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität zu Köln die ersten Erkenntnisse ihrer wissenschaftsgeschichtlichen Analyse der Rolle der deutschen Neurologie in der NS-Zeit. Diese Untersuchung war im vergangenen Jahr von der DGN in Auftrag gegeben worden, um Antworten auf bis heute ungeklärte Fragen zu erhalten.

Der zweite Teil, „Neurologie im Spannungsfeld zwischen Inflammation und Degeneration“, unter Vorsitz der beiden Kongresspräsidenten, widmet sich dem wissenschaftlichen Spannungsfeld zwischen Immunologie und Neurodegeneration. Fortschritte im Bereich der molekularen und zellulären Forschung haben diese auf den ersten Blick konträr erscheinenden Bereiche einander angenähert, mit therapeutisch interessanten

Networking@Rheinterrasse

Neue Kontakte knüpfen und alte Kontakte pflegen – diese Gelegenheit bietet sich am Donnerstag, 24. September, ab 20.00 Uhr, in lockerer Atmosphäre. Die Veranstaltung findet im Radschlägersaal der Rheinterrasse Düsseldorf (Joseph-Beuys-Ufer 33) statt, bei gutem Wetter auch im Biergarten. Der Eintritt ist kostenfrei, Speisen und Getränke werden auf Selbstzahlerbasis angeboten. Eine Voranmeldung ist nicht notwendig, die Zahl der Sitzplätze ist allerdings begrenzt.

Schnittmengen. Professor Albert Ludolph von der Klinik für Neurologie des Universitätsklinikums Ulm wird auf das aktuelle Verständnis der Pathogenese klassisch neurodegenerativer Erkrankungen sowie die Fortschritte in der Identifikation therapeutischer Angriffspunkte eingehen. Die neuesten Erkenntnisse im Bereich der Immunogenetik der Multiple Sklerose wird Professor Lars Fugger, Neuroimmunologe an der Universität Oxford, darlegen.

Empfehlungen DGN-Kongress und Fortbildungsakademie

Mittwoch, 23. September 2015

10.00 – 13.00 Uhr
DGN-Fortbildungsakademie:
Neuroonkologie

10.00 – 13.30 Uhr
DGN-Fortbildungsakademie: Bewe-
gungsstörungen – ein Videoseminar

13.30 – 16.30 Uhr
DGN-Fortbildungsakademie: Neuro-
rehabilitation in Klinik und Praxis:
kontrovers betrachtet

Donnerstag, 24. September 2015

10.30 – 12.30 Uhr
Eröffnungsveranstaltung mit den
Kongresspräsidenten Prof. Gold und
Prof. Hartung
Key-Note-Speaker: Prof. Klaus-Armin Nave,
Göttingen und Prof. Hartmut Wekerle,
München

17.00 – 20.00 Uhr
Präsidentensymposium
„Neurologie in der NS-Zeit – eine
Bestandsaufnahme“
Vorsitz: DGN-Past-Präsident Prof. Martin
Grond
„Neurologie im Spannungsfeld zwischen
Inflammation und Degeneration“
Vorsitz: Prof. Ralf Gold und
Prof. Hans-Peter Hartung

7.30 – 10.30 Uhr
DGN-Fortbildungsakademie: Kinder-
und Jugendneurologie: Wandel neuro-
logischer Krankheitsbilder vom Kindes-
zum Erwachsenenalter

Freitag, 25. September 2015

8.30 – 11.30 Uhr
DGN-Fortbildungsakademie:
Neurotraumatologie

16.30 – 18.00 Uhr
DGN-Fortbildungsakademie:
Kurs Hirntoddiagnostik

Samstag, 26. September 2015

8.30 – 11.30 Uhr
DGN-Fortbildungsakademie (gemein-
sam mit der DGN): Curriculum Notfall-
medizin: Leitsymptome in der Notauf-
nahme

Für Veranstaltungshinweise der
Jungen Neurologen siehe Seite 38 f.



© DGN / S.Brattlic

DGN-Fortbildungsakademie

Die DGN-Fortbildungsakademie bietet in diesem Jahr 45 Kurse mit mehr als 270 Vorträgen an – intensiv, anspruchsvoll und unabhängig. Alle CME-Fortbildungskurse der DGN sind frei von Industriesponsoring und allein aus den moderaten Kursgebühren und DGN-Mitteln finanziert. Die zahlreichen Referenten arbeiten ehrenamtlich. Nur mit dieser solidarischen Leistung vieler DGN-Aktiven ist es möglich, dass die DGN-Fortbildungsakademie heute zu den größten Anbietern unabhängiger ärztlicher Fortbildungen in Deutschland zählt und einen wichtigen Beitrag zum Fortschritt und zur Qualitätssicherung in der neurologischen Versorgung leistet.

Ein Highlight im Programm, mit dem die Fortbildungsakademie kurzfristig auf die neue Richtlinie der Bundesärztekammer reagiert, ist der neue Kurs Hirntoddiagnostik (Freitag, 25. September 2015, 16.30 – 18.00 Uhr): Seit 6. Juli 2015 muss einer der beiden begutachtenden Ärzte im Rahmen einer bevorstehenden Organentnahme ein Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie sein.

DGN(forum: Neurologie im Diskurs – spannend, kontrovers, strategisch

Das DGN(forum ergänzt das Wissenschafts- und Fortbildungsprogramm um berufs- und gesellschaftspolitische Themen sowie Fragen der strategischen Ausrichtung der Neurologie. Das Diskussions- und Vortragsprogramm bietet von Mittwoch bis Freitag Gelegenheit zum Meinungsaustausch mit Kollegen, führenden Experten, dem DGN-Vorstand sowie anderen Fachgesellschaften. Die Besucher sind ausdrücklich aufgefordert, sich in die Diskussion einzumi-

schließen und ihre Erfahrungen mit den Referenten zu diskutieren. Zentrale Themen sind unter anderem: Endovaskuläre Therapie und ihre Konsequenzen für die Versorgung, Treffen der Generationen – Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Palliativmedizin in der Neurologie, neue Richtlinie zur Hirntoddiagnostik, Neurologie in Europa: European Academy of Neurology.

Menschen, Medizin, Machbarkeit – Forschung am Gehirn 2.0

Was kann die Neurologie heute schon? Was wird in Zukunft möglich sein? Und: Dürfen wir alles, was wir können? Diesen und anderen Fragen der Öffentlichkeit stellen sich führende deutsche Neurologen und Neurowissenschaftler am Dienstag, 22. September 2015, von 19.00 – 21.00 Uhr im Max-Haus in Düsseldorf, in der Schulstraße 11. Sie präsentieren die bemerkenswerten Fortschritte der Neurologie und ihre Möglichkeiten und Grenzen und wagen den Blick in die Zukunft der modernen Neuromedizin. Diese Informationsveranstaltung der DGN richtet sich an interessierte Laien und neugierige Professionals. Platzreservierungen sind möglich per E-Mail an presse@dgn.org.

Alle Informationen zum Kongressprogramm, zur Registrierung und Buchung von Fortbildungskursen und Hotels sowie Anreise-Specials finden Sie unter www.dgnkongress.org. Hier können Sie sich auch in den Kongress-Newsletter eintragen, um ständig aktuelle Informationen zum Kongress zu erhalten. □

AUTOR

Frank Miltner, Pressestelle der DGN



Der Kongress-Freitag ist „BDN-Tag“. Im Anschluss an das BDN-Forum treffen sich die Mitglieder zu ihrer Jahresversammlung.

Das BDN-Forum auf dem DGN-Kongress

Ärzte, Krankenkassenvertreter und Politiker fordern unisono, dass der „Patient im Mittelpunkt steht“ und proklamieren Leitlinienstandards für die Patientenversorgung. Aber wie frei sind wir in den therapeutischen Entscheidungen im Spannungsfeld zwischen Einflussnahme durch Industrie, ökonomischen Kennzahlen und Richtlinien? Welche Auswirkungen haben ökonomische, institutionelle und industrielle Einflüsse auf die Therapiefreiheit? Definieren Institutionen wie das IQWiG und der G-BA ohne jedes Erfahrungswissen medizinische Standards oder behalten Fachgesellschaften die Deutungshoheit? Welchen Einfluss haben Vorgaben von Krankenhausverwaltung und -controllern auf ärztliche Entscheidungen? Schützt uns das Sozialgesetz oder konterkarieren staatliche Eingriffe das Berufsrecht? Was kommt mit dem Versorgungsstrukturgesetz auf uns zu?

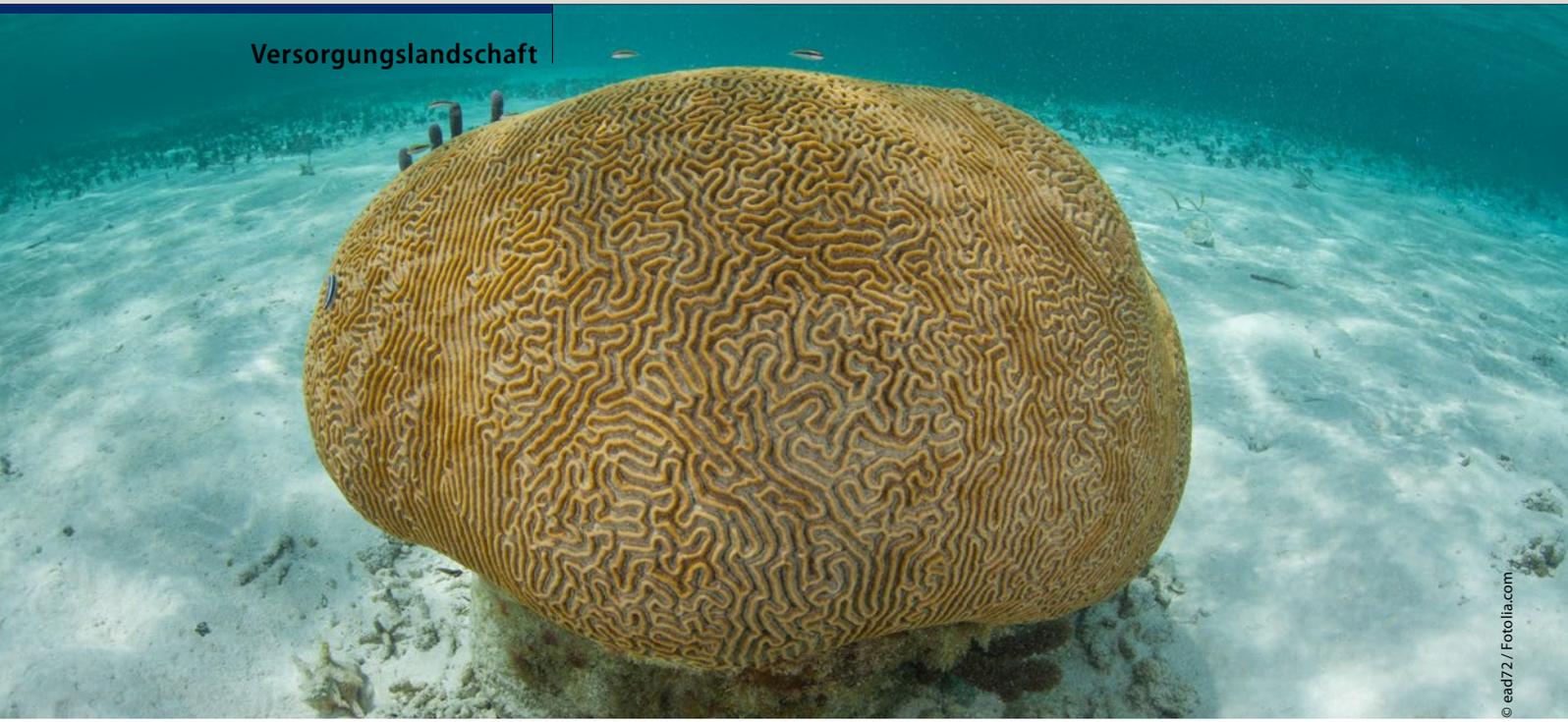
Ärzte handeln nicht in idealen, sondern in Wirklichkeitsräumen mit juristischen und ökonomischen Zwängen. Das wissen wir, wenn wir uns ambulant wie stationär in Vertragsbeziehungen begeben. Dennoch sind wir es unseren Patienten und uns schuldig, einen kritischen und vor allem ehrlichen Diskurs über die Abhängigkeiten ärztlichen Handelns zu führen. Allzu oft wird diese Diskussion in der Öffentlichkeit scheinheilig oder geschönt geführt oder schlichtweg ausgeblendet. Das diesjährige BDN-Forum widmet sich dieser Diskussion aus mehreren Gründen: Nur wenn wir unsere Abhängigkeiten durchschauen und die Spielregeln unserer Vertragsbeziehungen verstehen, kennen wir unsere Spielräume und können selbstbestimmt handeln. Transparenz und Selbstwirksamkeit sind zudem eine gute Medizin gegen Verbitterung. Dies hilft uns auch wieder das vermehrt zu fokussieren, wofür wir mal angetreten sind: gutes ärztliches Handeln.

*Uwe Meier, Grevenbroich
Christian Gerloff, Hamburg*

Programm

Freitag, 25. September 2015

8.30 – 10.00 Uhr Raum 7	BDN-Forum: Leitlinienstandards und ärztliche Therapiefreiheit – Mythos oder gelebte Praxis? Vorsitz: U. Meier (Grevenbroich) C. Gerloff (Hamburg)
8.30 Uhr	Begrüßung und Einleitung
8.35 Uhr	Ärztliche Therapiefreiheit im Spannungsfeld von Berufs- und Sozialrecht I. Pflugmacher, Bonn
8.45 Uhr	Das AMNOG-Verfahren zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln S. Steiner, Berlin
9.00 Uhr	Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Richtgrößen und Regresse – Notwendige Ausgabensteuerung oder systematische Verängstigung? U. Meier, Grevenbroich
9.10 Uhr	Ärztliche Entscheidungsfreiheit und Industrie P. Berlit, Essen
9.20 Uhr	Therapieentscheidungen zwischen Leitlinien, institutioneller Deutung und Industrie: Wer hat die Deutungshoheit in der Neurologie? Am Beispiel Schlaganfall: Neue Antikoagulantien C. Gerloff, Hamburg
9.30 Uhr	Am Beispiel Immuntherapeutika bei MS H. Wiendl, Münster
9.40 Uhr	Diskussion Moderation: F. Bergmann, Aachen
10.00–11.30 Uhr Raum 7	BDN-Mitgliederversammlung



Schwerpunktthema

Neurologie 2020 – Versorgungslandschaft im Wandel

Ein versorgungspolitisches Schwerpunktthema wird die Berufspolitik in den nächsten Jahren thematisch kontinuierlich begleiten und die Versorgungsstrukturen ambulant wie stationär nachhaltig verändern. Es handelt sich um die Frage, wer künftig die Grundversorgung der Patienten leistet und wie und an welchen Institutionen spezialisierte und hochspezialisierte Leistungen erbracht werden. Der medizinische Fortschritt in Diagnostik und Therapie führt unweigerlich zu einer Zunahme der Behandlungskomplexität, dem die Versorgungsstrukturen Rechnung tragen müssen. In dem Maße, in dem hochspezialisierte Zentren besondere Leistungsangebote erbringen, braucht es Zentren, die die wohnortnahe Grundversorgung sicherstellen und bedarfsgerecht Zuweisungen ermöglichen. Hinzu kommt der Trend zur Ambulantisierung. Viele Erkrankungen werden stationär gar nicht mehr gesehen, weil die Versorgung ambulant in Praxen oder Spezialambulanzen erfolgt. Andererseits sind die Notfallambulanzen in neurologischen Kliniken von Patienten überlaufen, die eigentlich in Praxen versorgt werden sollten (Seite 22). Die hiermit verbundenen Herausforderungen etwa in der Gestaltung der Weiterbildung einerseits und die Notwendigkeit einer intelligenten Vernetzung andererseits sind offensichtlich. Die Schaffung neuer Versorgungssektoren wie die „Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung“ und die Förderung der Tele-

medizin leisten dieser Entwicklung weiteren Vorschub. Eine derartige Differenzierung von Versorgungsstrukturen sehen wir beispielsweise im ambulanten Bereich in der MS-Behandlung (Seite 20). Konnte bis 2006 zur Zeit der fast ausschließlichen „Spritzentherapien“ praktisch jede neurologische Praxis MS-Patienten behandeln, können heute nur wenige Praxen das gesamte Spektrum der Immuntherapien anbieten. Dies hat einerseits mit den besonderen Strukturvoraussetzungen im Hinblick auf die Überwachungserfordernisse von Infusionstherapien zu tun, andererseits fehlt besonders in strukturschwächeren Regionen einfach die Zeit für aufwändige Therapien, weil der Versorgungsdruck durch steigende Prävalenzen neurologischer Krankheiten kaum noch Luft für die Grundversorgung lässt. Der medizinische Fortschritt macht auch in der Schlaganfallversorgung einen Strukturwandel erforderlich (Seite 17). Die leitliniengerechte Akutversorgung von Schlaganfallpatienten mit Etablierung der mechanischen Thrombektomie wird künftig nur noch in sogenannten neurovaskulären Netzwerken sichergestellt werden können. Ähnliche Beispiele ließen sich im Bereich der Parkinson- oder Demenzversorgung beschreiben. Beispiele für die Notwendigkeit einer fächer- und berufsgruppenübergreifenden Vernetzung finden sich auch in der Palliativmedizin (Seite 27) oder in der Neuropsychologie (Seite 25).

Schlaganfall

Stroke Units und neurovaskuläre Netze – wer versorgt künftig die Patienten?

Seit Ausbau der Stroke Units hat die Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland einen zunehmend hohen Stellenwert erlangt. Während bis in die 1980er- und 1990er-Jahre Patienten mit Schlaganfall bestenfalls „eingestreut“ auf internistischen oder neurologischen Normalstationen lagen und dort nicht-evidenzbasierte Therapien wie Aderlässe erhielten, gibt es heute über 270 zertifizierte Stroke Units, deren einzige Aufgabe es per definitionem ist, eine qualitativ hochwertige, evidenzbasierte Schlaganfalltherapie zu gewährleisten. Wie sieht deren Zukunft aus?

Die Einrichtung von Stroke Units ist eine große Errungenschaft und deren Nutzen gut belegt [1]. Stroke Units folgen einem umfassenden Regelwerk. Die Deutsche Schlaganfallgesellschaft (DSG) unterscheidet im Zertifizierungsverfahren zwischen regionalen Stroke Units (R-SU) und überregionalen Stroke Units (ÜR-SU). Wesentliche Unterschiede im Anforderungskatalog liegen in der Mindestgröße (R-SU: vier Betten, ÜR-SU: sechs Betten), der jährlichen Mindestfallzahl (R-SU: 250 Patienten, ÜR-SU: 500 Patienten), der personellen Ausstattung und der Verfügbarkeit von kollaborierenden Abteilungen und der damit verbundenen Diagnostik rund um die Uhr (24 Stunden an sieben Tagen der Woche: „24/7“).

Einen besonderen Stellenwert nimmt dabei die Neuroradiologie ein. In ÜR-Stroke Units müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- MTRA-Anwesenheit 24/7,
- mindestens ein Arzt für Radiologie mit Zusatzbezeichnung Neuroradiologie am Standort,
- ständige Verfügbarkeit eines in der neuroradiologischen Diagnostik und Therapie erfahrenen Facharztes für Radiologie. Dieser muss zum selben Krankenhaus gehören und fest in die diagnostischen Abläufe akuter Schlaganfallpatienten eingebunden sein.

Bei akuten Schlaganfallpatienten muss 24/7 sichergestellt sein, dass ein Verschluss hirnversorgender Arterien

mit einem angiografischen Verfahren (Magnetresonanztomographie, MRA, CT-Angiografie, CTA) unmittelbar diagnostiziert und im Bedarfsfall unverzüglich vor Ort endovaskulär behandelt werden kann. Dafür sind mindestens zwei Neuro-Interventionalisten mit ausreichender Fachexpertise am Standort notwendig. Genau über diesen letzten Punkt wurde noch vor ein bis zwei Jahren trefflich gestritten. Jetzt hat er jedoch große Bedeutung erlangt. Was ist passiert?

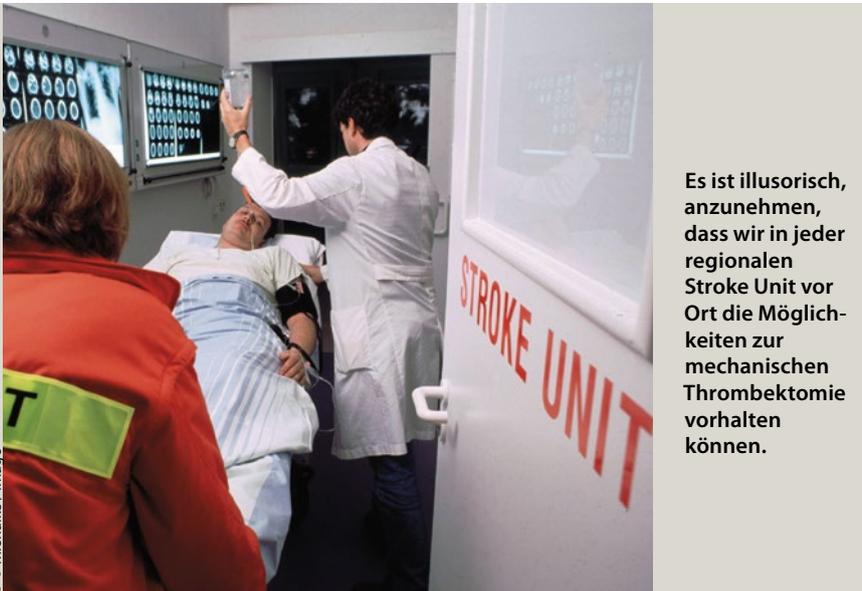
Thrombektomie erhält schlechte Noten

Im Jahr 2013 wurden drei negative Studien zur Thrombektomie beim akuten ischämischen Infarkt veröffentlicht (IMS III [2], SYNTHESIS Expansion [3], und MR RESCUE [4]). Das Ergebnis war, dass die Intervention mit Kathetersystemen keinen signifikanten Vorteil für Patienten mit akutem Schlaganfall hatte. Gleichzeitig war aber bereits in dem damals gültigen Kriterienkatalog für die ÜR-SU gefordert, dass 24/7 „ein Gefäßverschluss mit einem angiografischen Verfahren (MRA, CTA) unmittelbar diagnostiziert und im Bedarfsfall unverzüglich vor Ort endovaskulär behandelt werden kann“. Das war eine starke Forderung für ein Verfahren, das zu diesem Zeitpunkt nicht als evidenzbasiert bezeichnet werden konnte. Nach intensiven Diskussionen wurde sie aber beibehalten; denn es war schon zu dieser

Zeit klar, dass die technische Entwicklung der Kathetersysteme einen großen Sprung gemacht hatte, nämlich durch die Einführung der „Stent-Retriever“ oder kurz „Stentriever“. Im Gegensatz zu älteren Kathetersystemen, bei denen der Thrombus mittels korkenzieherartigen Drahtkonstruktionen oder mit reinen Saugsystemen entfernt wird, wird beim Stentriever ein Stent im Thrombus abgesetzt, presst sich mit seinen Maschen durch den Thrombus, umschließt ihn und wird dann samt Thrombus geborgen. Erste Studien zeigten dann auch die Überlegenheit der neuen gegenüber den alten Systemen [5, 6]. Dies war vielversprechend, aber eben noch immer nicht ausreichend für eine generelle Therapieempfehlung.

IVT und MT mittels Stentriever auf dem Vormarsch

Der Durchbruch kam Anfang 2015, als hintereinander fünf neue Studien von international kooperierenden Studiengruppen aus den Niederlanden, Australien, Kanada, Spanien und den USA im New England Journal of Medicine publiziert wurden [7, 8, 9, 10, 11], die jeweils eine Überlegenheit der Kombinationstherapie aus intravenöser Thrombolyse (IVT) und mechanischer Thrombektomie (MT) mittels Stentriever im Vergleich zur alleinigen IVT zeigten. Die Studienpopulationen stammten aus unterschiedlichen Ländern, mit leicht unterschiedlichen Ein- und Ausschluss-



Es ist illusorisch, anzunehmen, dass wir in jeder regionalen Stroke Unit vor Ort die Möglichkeiten zur mechanischen Thrombektomie vorhalten können.

kriterien, aber alle wiesen in eine Richtung: Die Katheterintervention zur Akuttherapie des Schlaganfalls stellt nun eine evidenzbasierte Therapie dar, die einem gut definierten Patientenkollektiv nicht mehr vorenthalten werden darf.

Bei weitem nicht alle Schlaganfallpatienten profitieren von der MT mittels Stentriever. Es dürften etwa 5–10% aller Schlaganfallpatienten sein, und zwar jene, bei denen der Verschluss eines größeren hirnversorgenden Gefäßes vorliegt (distale A. carotis interna, proximale A. cerebri media) und die ein schwereres neurologisches Defizit haben. In den Studien wurden Patienten behandelt, deren medianer NIH-Stroke-Scale Score (NIHSS) bei 16–17 lag, also mittelschwere bis schwere Schlaganfälle. Diese Patienten wurden aufgrund des Gefäßverschlusses ausgewählt, was auch in der Praxis so zu erfolgen hat. Aber: Wie selektiert man die Patienten, bei denen aufgrund der klinischen Defizite ein solcher Gefäßverschluss wahrscheinlich ist? Hierzu gibt es Studien, die zeigen, dass ab einem NIHSS von 9 bereits eine hohe Wahrscheinlichkeit für einen solchen Verschluss vorliegt [12]. Damit entsteht eine erhebliche Zahl von potenziellen Indikationen zunächst für die intensivste Bildgebung mit Darstellung der Gefäße mittels MRA oder CTA und dann für die MT.

Flächendeckende Verfügbarkeit ist nicht gewährleistet

Kommen wir zurück zu den oben geschilderten Versorgungsstrukturen. Deutlich weniger als die Hälfte der Stroke Units in Deutschland sind überregional (derzeit etwa 90). Damit ist mit den bestehenden Strukturen selbst dann keine flächendeckende Verfügbarkeit der jetzt evidenzbasierten MT mit Stentriever gewährleistet, wenn alle ÜR-SU schlagkräftige und gut trainierte 24/7 einsetzbare, interventionell ausgerichtete Neuroradiologen haben beziehungsweise hätten.

Und die regionalen Stroke Units? Was wird aus ihnen? Das ist eine der infrastrukturellen Herausforderungen der nächsten Jahre. Die regionalen Stroke Units sind essenziell für die flächendeckende schnelle Versorgung von Schlaganfallpatienten. Es ist illusorisch, anzunehmen, dass wir in jeder Stroke Unit vor Ort die Möglichkeiten zur MT vorhalten können. Das geben schon allein die Zahlen nicht her. Nota bene: Wenn eine regionale Stroke Unit 300 Patienten im Jahr versorgt, sind vielleicht 20 davon Kandidaten für eine MT; ein Team bestehend aus zwei Neuro-Interventionalisten wird dann also pro Arzt gerade einmal zehn Eingriffe pro Jahr vornehmen. Das ergibt weder inhaltlich einen Sinn noch ist es ökonomisch darstellbar. Es bleibt also nur die Möglichkeit einer

straff organisierten Triage von Patienten, die für eine MT infrage kommen, aus der R-SU in eine ÜR-SU.

Die Notwendigkeit, dass sich ÜR-SU mit R-SU und anderen Kliniken im Umfeld vernetzen, wurde in einigen Metropolregionen bereits vor fast zehn Jahren umgesetzt (in Hamburg z. B. die Hamburger Arbeitsgemeinschaft Schlaganfall, HAGS). Diese Entwicklung wurde auch von der DSG früh aufgegriffen und führte vor gut zwei Jahren konkret zur Einführung des Konzeptes der Neurovaskulären Netzwerke (NVN) [13]. Derzeit läuft eine Pilotphase. Kern der NVN ist genau die strukturierte Netzwerkbildung mit verbindlicherer Definition der Triage-Kriterien und der klinischen Pfade, die garantieren sollen, dass Patienten unmittelbar oder mit geringstmöglicher Zeitverzögerung in ein 24/7 vollumfänglich einsatzfähiges Zentrum gelangen, wo dann – wenn indiziert – die MT durchgeführt wird.

Künftige Herausforderungen an die Stroke Units

Die Zeit der isoliert operierenden kleinen Stroke Units ist vorbei. Ein realistischer Blick in die Zukunft (die in einigen Regionen Deutschlands längst begonnen hat) zeigt, dass die Schlaganfallversorgung in Deutschland noch viel mehr in Netzwerkstrukturen organisiert sein wird, als das heute der Fall ist. Dies stellt große Herausforderungen an die multiprofessionellen Teams der Stroke Units, aber auch an die Rettungsdienste und, nicht minder, an das Krankenhausmanagement, zusammen mit Politik und Kostenträgern.

Ein wichtige Voraussetzung ist eine vernetzte IT-Struktur zwischen den Netzwerkpartnern. Es kann und darf nicht sein, dass aus Spargründen oder mangelnder Initiative, datenschutzkonforme Lösungen umzusetzen, der Zugang zu Wissen, Handlungsunterstützung und schneller Triage für die kleineren regionalen Kliniken rationiert wird. Zuvorderst muss eine teleradiologische Anbindung gewährleistet sein. Das ermöglicht 24/7 eine rasche Beurteilung der Gefäßbefunde, um weitere Maßnahmen abzuleiten, zum Beispiel gemeinsam die IVT zu starten und den Patienten dann sofort auf den Weg zur

MT zu schicken, dabei auch alle relevanten Informationen gleich digital zu übermitteln.

Auch in kleinen Häusern muss die Vergütung stimmen

Die Kostenträger müssen dem gestiegenen Aufwand Rechnung tragen. Soweit dies rein die MT im großen neurovasculären Zentrum betrifft, ist hier über Zusatzentgelte und NUB (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)-Verfahren vieles schon ganz gut geregelt. Was noch nicht angemessen abgebildet ist, ist die Vergütung von Leistungen im verlegenden regionalen Krankenhaus. Es darf dort keine ökonomische Schiefelage durch die medizinisch korrekte rasche Weiterverlegung entstehen.

Fazit

In jedem Fall stehen uns mit den neuen, nun evidenzbasierten Methoden zur Schlaganfalltherapie bewegte Zeiten bevor. Für die Patienten sind das gute Neuigkeiten. Die interventionellen Verfahren, die die aktuellen Diskussionen dominieren, sind allerdings nur ein Beispiel dafür, wie innovative Verfahren in randomisierten Studien getestet werden und sich dann durchsetzen können. Dennoch bleiben viele Fragen der Schlaganfalltherapie offen. Eine bessere Organisation der Stroke Units in strukturierten Netzwerken hätte auch den Vorteil, dass innovative Therapieansätze schneller und effektiver wissenschaftlich überprüft werden könnten. Der Großteil der Schlaganfallpatienten wird in Deutschland heute auf Stroke Units versorgt, die nicht an der Rekrutierung von Patienten für Studien teilnehmen. Dadurch bleiben viele Fragen unnötig lange unbeantwortet. Vielleicht ist das auch ein Grund, warum Deutschland bei den fünf Schlüsselpublikationen zur mechanischen Thrombektomie nur eine marginale Rolle spielt. □

AUTOR

Prof. Dr. med. Christian Gerloff
Neurologie, Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
E-Mail: gerloff@uke.de

Literatur

1. Stroke Unit Trialists C. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 9: CD000197
2. Broderick JP, Palesch YY, Demchuk AM, Yeatts SD, Khatri P, Hill MD, Jauch EC, Jovin TG, et al. Interventional Management of Stroke III. Endovascular therapy after intravenous t-PA versus t-PA alone for stroke. *N Engl J Med* 2013; 368: 893–903
3. Ciccone A, Valvassori L, Nichelatti M, Sgoifo A, Ponzio M, Sterzi R, Boccardi E, Investigators SE. Endovascular treatment for acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 2013; 368: 904–13
4. Kidwell CS, Jahan R, Gornbein J, Alger JR, Nenov V, Ajani Z, Feng L, Meyer BC et al. Investigators MR. A trial of imaging selection and endovascular treatment for ischemic stroke. *N Engl J Med* 2013; 368: 914–23
5. Nogueira RG, Lutsep HL, Gupta R, Jovin TG, Albers GW, Walker GA, Liebeskind DS, Smith WS, Trialists T. Trevo versus Merci retrievers for thrombectomy revascularisation of large vessel occlusions in acute ischaemic stroke (TREVO 2): a randomised trial. *Lancet* 2012; 380: 1231–40
6. Saver JL, Jahan R, Levy EI, Jovin TG, Baxter B, Nogueira RG, Clark W, Budzik R. Trialists S. Solitaire flow restoration device versus the Merci Retriever in patients with acute ischemic stroke (SWIFT): a randomised, parallel-group, non-inferiority trial. *Lancet* 2012; 380: 1241–9
7. Berkhemer OA, Fransen PS, Beumer D, van den Berg LA, Lingsma HF, Yoo AJ, Schoneville WJ, Vos JA et al. Investigators MC. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 2015; 372 (1): 11–20
8. Campbell BC, Mitchell PJ, Kleinig TJ, Dewey HM, Churilov L, Yassi N, Yan B, Dowling RJ et al. Investigators E-I. Endovascular therapy for ischemic stroke with perfusion-imaging selection. *N Engl J Med* 2015; 372 (11): 1009–18
9. Goyal M, Demchuk AM, Menon BK, Eesa M, Rempel JL, Thornton J, Roy D, Jovin TG, et al. Investigators ET. Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke. *N Engl J Med* 2015; 372 (11): 1019–30
10. Jovin TG, Chamorro A, Cobo E, de Miquel MA, Molina CA, Rovira A, San Roman L, Serena J, et al. Investigators RT. Thrombectomy within 8 hours after symptom onset in ischemic stroke. *N Engl J Med* 2015; 372 (24): 2296–306
11. Saver JL, Goyal M, Bonafe A, Diener HC, Levy EI, Pereira VM, Albers GW, Cognard C, et al. Investigators SP. Stent-retriever thrombectomy after intravenous t-PA vs. t-PA alone in stroke. *N Engl J Med* 2015; 372: 2285–95
12. Cooray C, Fekete K, Mikulik R, Lees KR, Wahlgren N, Ahmed N. Threshold for NIH stroke scale in predicting vessel occlusion and functional outcome after stroke thrombolysis. *Int J Stroke* 2015; 10: 822–9
13. Busse O, Rother J, Faiss J, Hamann GF, Hupp T, Jansen O, Meixensberger J, Neumann-Haefelin T. Interdisciplinary neurovascular network: a new structure for treatment of stroke and other cerebrovascular diseases in Germany. *Nervenarzt* 2013; 84: 1228–32

Hier steht eine Anzeige.



Multiple Sklerose

Die Zukunft liegt im Netzwerk



Wie neue Untersuchungsansätze, Biomarker, Überwachungsmaßnahmen und Therapieempfehlungen die Versorgung von MS-Patienten verändert haben und welchen Weg dies für die Zukunft weist.

© vege / Fotolia.com

Die Behandlung der Multiplen Sklerose (MS) ist eine komplexe, multidimensionale und langjährige Herausforderung. Insbesondere die moderne Immuntherapie stellt ganz neue Ansprüche an die Versorgungsstrukturen: Zum Teil hat sie eine tiefgreifende Wirkung auf das Immunsystem. Dies birgt Risiken für verschiedene, auch schwere Nebenwirkungen. Neben der Suche nach der Ursache der Krankheit MS treibt die Forschung daher die Frage um, wie die medikamentöse Therapie besser stratifiziert werden kann. Deren Risiken müssen bestmöglich und frühzeitig erkannt, gemanagt und eingedämmt werden. Dieser Forschungsbereich konnte bereits Erfolge verzeichnen. Ein weiterer Fokus richtet sich auf mögliche Biomarker, mithilfe derer Krankheitsverläufe und Therapieverträglichkeiten vorhergesagt werden sollen. Dies wird unter anderem im Forschungsverbund „Krankheitsbezogenes Kompetenznetz Multiple Sklerose“ (KKNMS) deutschlandweit vorangetrieben. Das KKNMS wird seit 2009 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert und hat seit-

dem die Forschung, aber auch Versorgungsstrukturen zur MS in Deutschland maßgeblich mitgestaltet. Ziel ist es, eine Verbesserung der Versorgungssituation zu erreichen und patientenrelevante Forschungsergebnisse schnell in die Praxis zu bringen.

Biomarker

Einer der Schwerpunkte liegt seit Gründung des Netzwerks in der Erforschung der Heterogenität der Erkrankung, bestimmter Behandlungsprinzipien sowie in der Vorhersage der Behandlungssicherheit durch Biomarker. Auf diesem Gebiet konnten in den letzten Jahren verschiedene Erfolge verzeichnet werden: Eine schwerwiegende Nebenwirkung, die vor allem mit der Natalizumab-Behandlung in Verbindung steht, in letzter Zeit auch – aber selten – bei anderen Immuntherapeutika (z.B. Dimethylfumarat) aufgetreten ist, ist die progressive multifokale Leukenzephalopathie (PML). Diese opportunistische Infektion des Gehirns kann tödlich verlaufen oder zu einer schweren Behinderung führen. Besonders gefährlich ist die PML deshalb,

weil ihre Symptome der der MS sehr ähnlich sind und oft zunächst als Krankheitsschub fehlgedeutet werden. Es ist daher extrem wichtig, Sicherheitsmaßnahmen zu erarbeiten, um eine PML frühzeitig zu erkennen oder aber um bereits vor Beginn der Behandlung abschätzen zu können, ob ein Patient die Veranlagung hat, eine PML zu entwickeln, um dann eventuell ein alternatives Medikament zu verabreichen. Bisher bekannte Risikoparameter (JC-Virus-Antikörper) konnten keine zuverlässig belastbaren Ergebnisse liefern. Ein neuer Test, der im Rahmen der KKNMS Forschungsprojekte entworfen wurde, könnte helfen, diese Einschätzung individuell zu präzisieren (L-Selektin-Signatur). Der Test ist ein Beispiel dafür, wie Forschung direkte Relevanz für die Krankenversorgung bekommen kann. Eine Arbeitsgruppe des Universitätsklinikums Münster hat den Biomarker für das PML-Risiko entdeckt und den Test konzipiert. Er kann inzwischen außerhalb wissenschaftlicher Projekte angefordert werden (s. Info-Box).

Andere Arbeitsgruppen des KKNMS forschen ebenso an der Identifizierung

Infos zum KKNMS

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

Krankheitsbezogenes Kompetenznetz Multiple Sklerose

Einsteinstr. 1, 81675 München
Tel.: 089 4140 4628, Fax: 089 4140 4655
E-Mail: info@kkn-ms.de
www.kompetenznetz-multiplesklerose.de

Kontaktaufnahme für die Durchführung des L-Selektin-Tests:
L-selektin@ukmuenster.de

Teilnahme an REGIMS:
regims@uni-muenster.de

Die KKNMS-App können Sie hier herunterladen:



von Biomarkern, die helfen, Diagnose, Krankheitsverlauf oder Ansprechen auf bestimmte Therapien besser einordnen zu können: Unter anderem werden Autoantikörper oder B-Zell-Profile untersucht, denen eine wichtige Rolle bei der MS-Pathogenese zugesprochen wird. Ein Beispiel ist die Entdeckung von Antikörpern gegen das Ionenkanalprotein Kir 4.1 durch eine Arbeitsgruppe der TU München. Weiterhin zeigt sich, dass bestimmte Antikörper gegen Myelinproteine (MOG) mit besonderen klinischen Verläufen zusammenhängen können. Die Arbeit einer anderen Arbeitsgruppe (LMU München) kann dazu beitragen, das Spektrum von demyelinisierenden Erkrankungen und die Einordnung als MS versus NMO-Spektrum-Erkrankung (NMOSD) oder anderer Formenkreise weiter zu schärfen. Auch Biomarker, die helfen könnten, das Nebenwirkungsrisiko der Fingolimod-Therapie vorauszusagen, sind Gegenstand der KKNMS-Forschung. Zudem werden verschiedene Proteinmarker im Liquor untersucht, die für die Diagnose als auch Prognoseeinschätzung der MS relevant sein könnten.

Immuntherapieregister

Bis hier Durchbrüche erzielt werden, greift eine weitere Maßnahme, die das KKNMS ins Leben gerufen hat: Das bundesweite Immuntherapieregister REGIMS. In diesem Register sollen alle Nebenwirkungen (deren Häufigkeit, Art,

Charakteristika und Effekte) bei der Behandlung von MS-Patienten festgehalten werden, um unbeabsichtigte und bisher unbekannt Folgen etablierter und neuer MS-Medikamente besser erforschen und vorhersehen zu können. Die in REGIMS gesammelten Daten sollen so individuelle Therapieentscheidungen erlauben sowie die Qualität in der Patientenversorgung mittelfristig sichern und verbessern. Zusätzlich sollen auch hier fakultativ anhand von Bioproben Biomarker ermittelt werden, mit denen sich das Ansprechen auf eine Therapie oder ihre Folgen vorhersagen lassen. Perspektivisch sollen einmal alle MS-Patienten, die mit einem Immuntherapeutikum behandelt werden, hier erfasst werden, denn mit jedem Patienten wird das Register wertvoller. Ein solches international einzigartiges Archiv kann nur im Netzwerk entstehen und funktionieren.

Therapieempfehlungen

Ein weiteres Ergebnis der Netzwerkarbeit des KKNMS sind Therapieempfehlungen für Neurologen: die KKNMS-Qualitätshandbücher. Sie enthalten in handlichem Format unabhängige und praxisrelevante Informationen zur Behandlung mit den verfügbaren MS-Therapeutika inklusive eines auf die jeweilige Therapie ausgerichteten Patienten-aufklärungsbogens. Mittlerweile gibt es Qualitätshandbücher zu Alemtuzumab, Dimethylfumarat, Fingolimod, Mitoxantron, Natalizumab, Teriflunomid, Glatirameracetat, Interferon-beta sowie zur Schubtherapie und zur Therapie in Spezial-situationen. Die Handbücher, die jährlich zum September aktualisiert werden, sind am Stand des KKNMS beim DGN-Kongress erhältlich. Alle Informationen der Qualitätshandbücher sind auch in der kostenfreien KKNMS-App für Android und iOS abrufbar.

MS-Versorgung 2020

Die hier nachgezeichneten Entwicklungen und Forschungsbemühungen zeigen, dass die MS-Versorgung in den letzten Jahren sehr viel komplexer geworden ist. Das KKNMS bemüht sich in enger Zusammenarbeit mit BDN, BVDN, DMSG und DGN, dass die Entwicklungen möglichst sicher in die Praxis umgesetzt werden können. Vertreter der ge-

nannten Organisationen bilden dazu eine „Task Force Behandlungsstrukturen und Therapeutika“, die regelmäßig Stellungnahmen, Pressemitteilungen sowie Informationsmaterialien verbreitet.

Zudem bringt die Komplexität mancher Therapieprinzipien (z. B. monoklonale Antikörper wie Tysabri und Lemtrada) die Notwendigkeit vernetzter Behandlungs- und Versorgungsstrategien mit sich, das heißt, die enge Zusammenarbeit zwischen primärversorgenden Neurologen und übergeordneten, spezialisierten Zentren. Fragen zu anspruchsvollen Therapieinitiierungen und Indikationsstellungen, Monitoring von Therapierisiken, aber auch das optimale Management von Therapiekomplikationen sind im Netzwerk besser darstellbar.

Die MS-Versorgung 2020 wird – mit erwartbar noch mehr Therapieoptionen – nicht mehr durch jeden niedergelassenen Neurologen durchführbar sein. Es braucht daher Strukturen, die einerseits Behandlungsqualität und Versorgungsqualität objektiv garantieren sowie eine enge Kooperation verschiedener Ebenen von Versorgungsstrukturen (z. B. durch regionale und überregionale Zentren bzw. Kooperationen). Die MS-Versorgungsstruktur der Zukunft beinhaltet Zugang zu optimaler, qualifizierter Diagnostik und multimodaler Therapie durch bestmögliche Verschränkung von Forschungsstrukturen mit der Patientenversorgung. □

AUTOR

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

Fortbildungsveranstaltung für Ärzte

Das KKNMS lädt behandelnde Ärzte ein zur KKNMS-Herbsttagung „Therapie der Multiplen Sklerose – Update 2015“, die dieses Jahr am 28. November an der Charité in Berlin stattfindet. Es werden 8 CME-Punkte beantragt. Die Veranstaltung ist kostenfrei. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte unserer Webseite:

www.kompetenznetz-multiplesklerose.de

Notaufnahme

Neurologische Kliniken in der Leistungsverdichtungs-Kosten-Schere

Neben Innerer Medizin und Chirurgie ist die Neurologie die Fachdisziplin, die am häufigsten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser zum Einsatz kommt. Kontinuierliche Fallzahlsteigerungen bei gleichzeitiger Reduzierung der Verweildauer und Zunahme der Komplexität führt zu einer enormen Leistungsverdichtung im stationären Bereich. Die neurologischen Kliniken stecken dabei im Dilemma der zunehmenden Diskrepanz zwischen Kosten- und Erlösentwicklung.

Aufgrund der aktuellen Entwicklungen haben die neurologischen Kliniken in Deutschland mit einer ganzen Reihe von Problemen zu kämpfen:

- Neben Innerer Medizin und Chirurgie ist die Neurologie die Fachdisziplin, die am häufigsten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser zum Einsatz kommt.
- Dabei müssen zunehmend in den Notambulanzen Leistungen erbracht werden, die eigentlich in den Bereich der

niedergelassenen Fachkollegen gehören, und die für die Krankenhäuser defizitär sind, aber Arbeitskräfte binden.

- Der Druck auf die neurologischen Betten durch Notfallpatienten führt zu einer kontinuierlichen Abnahme der durchschnittlichen Liegezeiten.
- Die Patienten liegen dadurch oft so kurz stationär, dass seitens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) argumentiert wird, die Patienten

hätten auch ambulant behandelt werden können, so dass Kosten nicht oder nur gekürzt erstattet werden.

- Die gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitszeitregelungen gefährden bei der zunehmenden Leistungsverdichtung die Qualität der medizinischen stationären Versorgung unter anderem dadurch, dass die Arbeitszeitmodelle und die kurzen Liegezeiten eine kontinuierliche Arzt-Patienten-Beziehung unmöglich machen.
- Parallel wird es zunehmend schwieriger qualifizierte ärztliche Mitarbeiter zu gewinnen.
- Dabei nimmt die wirtschaftliche Belastung der Krankenhäuser zu, weil die DRG (Disease related groups)-Erlössummen abnehmen bei kontinuierlicher Zunahme der Kosten für ärztliches und nichtärztliches Personal.

Die Kosten- und Vergütungsschere

Für die Vergütung stationärer DRG-Fälle spielen zwei Faktoren eine Rolle: das Effektivgewicht und der sogenannte Landesbasisfallwert.

Das Effektivgewicht entspricht dem Relativgewicht gemäß dem jährlich angepassten Fallpauschalenkatalog zuzüglich etwaiger Zu- und Abschläge, zum Beispiel aufgrund der Liegezeiten. Die DRG-Fallpauschalen werden jährlich vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK) angepasst. Berücksichtigt werden dabei die Kostendaten der sogenannten Kalkulationskrankenhäuser sowie die Abrechnungsdaten aller Krankenhäuser. Aktuelle



© spotmatikphoto / Fotolia.com

In der Notaufnahme werden neben Internisten und Chirurgen sehr häufig auch Neurologen gebraucht.

Veränderungen der medizinischen Behandlungsmethoden sowie die Entwicklungen im Kostenbereich spielen dabei eine Rolle, wobei neben Personal- und Sachkosten auch Infrastrukturkosten einfließen. 2015 macht sich dabei erneut der Katalogeffekt bemerkbar, das bedeutet, bestimmte neurologische Diagnosen werden geringer vergütet als in den Vorjahren. Dies betrifft beispielsweise auch den Schlaganfall.

Der Landesbasisfallwert wird auf Landesebene zwischen den Krankenhausesellschaften des Landes und den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart. Dabei beträgt der Unterschied zwischen verschiedenen Landesbasisfallwerten in den Bundesländern bis zu 200 €.

Kurz- und Langlieger

Für jede DRG gibt es eine vorgesehene mittlere Verweildauer. Es werden eine untere Grenzverweildauer, unterhalb derer die Patienten als Kurzlieger bezeichnet werden, und eine obere Grenzverweildauer festgelegt, durch deren Überschreiten Langlieger definiert sind. In dem Bereich zwischen unterer und oberer Grenzverweildauer ist der Erlös, der durch eine DRG erwirtschaftet werden kann, konstant. Das heißt, das Krankenhaus erzielt den größten Gewinn, wenn der Patient innerhalb einer definierten DRG möglichst kurz im Normalliegebereich im Krankenhaus verbleibt. Im Alltag der neurologischen Krankenhäuser führt dies dazu, dass Jahr für Jahr die Liegezeiten für die wichtigsten Krankheitsbilder abnehmen. Dies birgt zum einen die Gefahr, dass die Qualität der Patientenversorgung aufgrund des knappen Zeitrahmens abnimmt, zum anderen führt es aber auch dazu, dass die mittleren Verweildauern für die einzelnen DRG Jahr für Jahr durch das INEK nach unten korrigiert werden und dass im Einzelfall bei Kürzungen durch den MDK der Patient rasch zum Kurzlieger wird und damit auch die entsprechende DRG gekürzt wird.

Personalkostenintensive Leistungen

Im Vergleich zu anderen Fachdisziplinen werden in der stationären Neurologie personalkostenintensive Leistungen er-

bracht. Dies betrifft insbesondere den Anteil für die ärztliche Leistung an den Gesamt-DRG-Erlösen. Dabei nehmen die Probleme der Gewinnung qualifizierter ärztlicher Mitarbeiter regional unterschiedlich deutlich zu. Um Ärzte an nicht universitäre neurologische Abteilungen zu binden, müssen recht unterschiedliche Dinge berücksichtigt werden:

- Zum einen ist ein Curriculum erforderlich, das es dem Mitarbeiter erlaubt in der vorgesehenen Ausbildungszeit nicht nur klinische Erfahrung zu sammeln, sondern auch die in der klinischen Neurologie relevanten Zusatzmethoden zu erlernen.
- Für die Ärzte sind flexible Arbeitszeiten und ein Freizeitausgleich für geleistete Überstunden heute oftmals wichtiger als die zusätzliche Vergütung von mehr geleisteter Arbeit.
- Unter Berücksichtigung von den in den meisten Neurologien vorhandenen Intermediate care- und Stroke Unit-Bereichen und der Betreuung von neurologischen Intensivpatienten müssen ganz unterschiedliche Arbeitszeitmodelle umgesetzt werden, die oft für Bewerber unattraktiv sind. Hier einen vernünftigen Kompromiss zwischen qualifizierter Patientenversorgung auf der einen und den Bedürfnissen ärztlicher Mitarbeiter auf der anderen Seite zu finden, kann ein riesiges Problem darstellen.
- Im Alltag ist es häufig schwierig – vor allem bei Berücksichtigung der oft kurzen Liegezeiten – eine kontinuierliche Arzt-Patienten-Beziehung zu garantieren, da die Arbeitszeitmodelle dazu führen, dass ein Patient auch bei einer Liegezeit von nur fünf Tagen im Krankenhaus von drei oder vier verschiedenen Ärzten betreut wird. Nicht selten sind dann der Chefarzt oder die Oberärzte die Einzigen, die die Übersicht über alle Patienten eines Bereiches oder einer Station haben.

Krankheitsbilder in der Neurologie mit typischerweise hohen Kurzliegeranteilen sind epileptische Anfälle und die Multiple Sklerose. Langlieger sind am ehesten bei Schlaganfällen und neurodegenerativen Erkrankungen (Demenz, Parkinson) zu finden. Dabei reichen die Langliegerzuschläge häufig nicht aus,

um die zusätzlichen Behandlungskosten pro Tag zu decken.

Kosten- und Erlösentwicklung

Aufgrund der demografischen Entwicklung nimmt der Anteil älterer Patienten kontinuierlich zu. Gleichzeitig werden vermehrt neurologische Krankheitsbilder ambulant versorgt, das führt zu einer höheren durchschnittlichen Fallschwere auf den Stationen. Die kontinuierliche Fallzahlsteigerung von Jahr zu Jahr bei gleichzeitiger Reduzierung der Verweildauer und Zunahme der Komplexität führt zu einer enormen Leistungsverdichtung. Dabei bleibt für die neurologischen Kliniken das Dilemma der zunehmenden Diskrepanz zwischen Kosten- und Erlösentwicklung.

Die Kostenträger bieten durchschnittlich pro Jahr eine Steigerung des Landesbasisfallwertes von etwa 2 % an. Wenn bedacht wird, dass die Personalkosten (60–70 % Anteil der Gesamtkosten!) jährlich um 5–6 % steigen, zeigt sich das Problem der Unterdeckung.

Krankenhäuser haben in der Vergangenheit auf die steigenden Personalkosten im Arztbereich meist mit Einsparungen bei den Pflegekräften reagiert. Dies führt zu einer deutlichen Verschlechterung der Pflegesituation in den Krankenhäusern. Und dies macht sich wiederum besonders bemerkbar in der Neurologie, wo naturgemäß pflegeintensive Patienten liegen, die gerade von spezialisierten Pflegekräften besonders profitieren. Die kontinuierliche Überlastung im Bereich der Pflege führt zu einer Personalausfallquote, die oft deutlich über 20 % liegt.

Krankenhausreform 2015

Einige der Probleme werden in der Krankenhausreform 2015 mitberücksichtigt. So soll es für Abteilungen, die Notfallstrukturen vorhalten, Zuschläge geben. Dasselbe gilt für Zentren mit besonderen Versorgungsaufgaben. Was in der Krankenhausreform 2015 fehlt, ist ein klares politisches Bekenntnis zur wissenschaftlichen Medizin und eine adäquate Vergütung für die Versorgung hochkomplexer seltener Erkrankungen in der Neurologie.

Gemäß Krankenhausreform wird die Qualität der Leistungserbringung ver-

pflichtend anhand von Tracerdiagnosen erfasst werden und es soll diesbezüglich Zu- und Abschläge bei der Vergütung geben. Die Qualitätsindikatoren gelten auch als Grundlage für die Krankenhausplanung der Länder. Ob dies den hohen Anforderungen speziell in der Neurologie gerecht wird, ist zumindest fraglich.

Der Neurologe als Manager

Um auch in Zukunft unter den schwieriger werdenden Rahmenbedingungen stationäre Neurologie qualitativ hochwertig und ohne Verluste erbringen zu können, sind die leitenden Krankenhausneurologen zunehmend als Manager gefordert. Und sie sind auf eine enge Kooperation mit anderen regionalen fachspezifischen Leistungserbringern angewiesen!

Der Behandlungsprozess für den einzelnen Patienten muss optimal gesteuert werden. Hierzu zählen ein konsequentes Belegungs- und Entlassungsmanage-

ment. Eine regionale Netzwerkbildung mit ambulanten (Facharztpraxen, MVZ) und stationären (Rehabilitationskliniken) Leistungserbringern ist dabei essenziell, um Synergieeffekte und eine Optimierung der Patientenversorgung zu erreichen. Auch für die Ausbildung der ärztlichen Mitarbeiter gerade in den Bereichen periphere Neurologie, Muskelerkrankungen und Neurorehabilitation ist das Schaffen von Spezialambulanzen beziehungsweise die Kooperation mit entsprechend qualifizierten medizinischen Zentren ein wichtiger Bestandteil.

Ressourcen müssen sinnvoll eingesetzt werden. Hierzu zählt das Vermeiden von Doppeluntersuchungen (insbesondere Schnittbildgebung, aber auch Labor und neurophysiologische Diagnostik). Alle Leistungen, die erbracht werden, müssen vollständig dokumentiert und kodiert werden, damit eine aufwandsgerechte Vergütung der Behandlung möglich ist.

Um die ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von diesen Aufgaben zu entlasten, werden in den Krankenhäusern zunehmend Kodierfachkräfte, Case-Manager und Controller eingesetzt. Nur durch ein vertrauensvolles Miteinander zwischen Ärzten und diesen Berufsgruppen wird es auch in Zukunft möglich sein, eine qualitativ hochwertige klinische Neurologie im stationären Bereich zu erbringen, ohne zu hohe wirtschaftliche Einbußen hinnehmen zu müssen. Ob der Gesetzgeber den besonderen Anforderungen der in der klinischen Neurologie behandelten Krankheitsbilder in Zukunft Rechnung trägt, bleibt abzuwarten. □

AUTOR

Prof. Dr. med. Peter Berlit
Ärztlicher Direktor
Alfried Krupp Krankenhaus, Essen
E-Mail: peter.berlit@krupp-krankenhaus.de

Anzeige

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Neuropsychologie

Wie gut gelingt die Translation aus der Wissenschaft in die Praxis?

Die Neuropsychologie ist eine wissenschaftlich anerkannte Disziplin, aber es mangelt an der konsequenten Einbindung ihrer Erkenntnisse in den klinischen Alltag. Am Beispiel der Multiplen Sklerose, des Morbus Parkinson und der Demenzen werden wissenschaftlicher Fortschritt und möglicher Nutzen für die Praxis kurz gegenübergestellt.

Die Anerkennung der Neuropsychologie als wesentliche Disziplin im Erforschen des Zusammenspiels zwischen Gehirn und Verhalten spiegelt sich in der Existenz internationaler Gesellschaften und neuropsychologischer Fachzeitschriften seit vielen Jahrzehnten wider. Auch die primäre Umsetzung des neuropsychologischen Gedankengutes in Rehabilitationseinrichtungen für Hirnverletzte seit den 1990er-Jahren dokumentiert eindrucksvoll den Stellenwert dieser Disziplin.

Ungeachtet dieser erfreulichen Tatsache mangelt es bis heute an konsequenter Einbindung in den klinischen Alltag. Während derzeit die Kognition im Rahmen wissenschaftlicher Studien zur Wirksamkeitsüberprüfung neuer Medikamente für Patienten mit neurodegenerativen und neuroinflammatorischen Erkrankungen ein regelrechtes Revival erlebt, findet sich dieser Enthusiasmus bis dato in der klinischen Praxis nicht wieder. Dies mag zum einen an fehlenden Ressourcen (Zeit, Vergütung, Personal) bei der Ärzteschaft liegen, hat aber sicher auch eine Ursache in der mangelnden Translation klinischer Studienergebnisse in die Praxis.

Letztere Problematik erklärt sich zum einen aus den Studiendesigns selbst, in denen Dinge erforscht werden, die wissenschaftlich interessant und sicher auch relevant sind, aber im seltenen Fall ihren Weg zum Patienten finden, weil die Voraussetzungen für eine Umsetzung fehlen. Zum anderen werden groß angelegte Studien häufig an universitären Einrichtungen durchgeführt, die Ergebnisse

auf nationalen und internationalen Kongressen vorgestellt, aber nur selten mit den niedergelassenen Kollegen versucht, diese auch in die Realität umzusetzen.

Anhand der folgenden drei Beispiele sollen wissenschaftlicher Fortschritt und möglicher Nutzen für die Praxis kurz gegenübergestellt werden.

Multiple Sklerose

Ogbleich die Prävalenz im Mittel mit 50 % angegeben wird, spielte die Kognition im Rahmen der MS bis Anfang der 1990er-Jahre eine eher untergeordnete Rolle. Erst der Einsatz spezifischer und sensitiver Testverfahren in experimentellen Studien machte die Bedeutsamkeit kognitiver Veränderungen bei MS augenscheinlich.

Wissenschaftlich entwickelte sich das Feld um das Thema Kognition in den

vergangenen 15 Jahren erfreulich weiter. So wurden verschiedene bildgebende Verfahren (z. B. strukturelle MRT, funktionelle MRT, DTI, Konnektivitätsanalysen) als Korrelate hinzugezogen, von denen die Atrophie und die MTR derzeit als die Aussagekräftigsten gelten. Im Sinne der prädiktiven Bedeutsamkeit gibt es Evidenz dafür, dass Patienten, die bereits früh im Krankheitsgeschehen eine Atrophie entwickeln auch jene sind, die im weiteren Verlauf ein schlechteres kognitives Outcome haben werden. Bei Letzterem spielt vor allem die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit eine zentrale Rolle, die ihrerseits prädiktiv zu sein scheint für die langfristig gesehene Berufsfähigkeit der Patienten.

Trotz dieser auch aus gesundheitspolitischer Perspektive relevanten Forschungsergebnisse, ist die routinemäßige

Im Rahmen wissenschaftlicher Studien zur Wirksamkeitsüberprüfung neuer Medikamente für Patienten mit neurodegenerativen und neuroinflammatorischen Erkrankungen steht die Kognition im Mittelpunkt des Interesses.

© freshidea / Fotolia.com



ge Erfassung des kognitiven Status bei Patienten mit MS noch lange nicht in die Praxis umgesetzt. Immerhin existiert mittlerweile ein internationaler Konsens hinsichtlich einer kognitiven Screening-Batterie (BICAMS), um Forschungsergebnisse zwischen verschiedenen Institutionen vergleichbar zu machen. Hinzu kommt, dass diese Testbatterie derzeit in Deutschland multizentrisch an einem Kollektiv von mehr als 1.500 Patienten auf Machbarkeit für die klinische Praxis getestet wird. Dieser Schritt kann als fortschrittlich angesehen werden. Sollten aber nach dem Beweis der Machbarkeit keine Mittel zur Verfügung stehen, die entstehenden Kosten für die Leistungserbringung zukünftig erstattet zu bekommen, werden nur Publikationen bezeugen, dass diese Studie stattgefunden und interessante Resultate geliefert hat. Das eigentliche Ziel einer Translation in die klinische Praxis wäre damit allerdings nicht erreicht.

Demenzen

Bei Patienten mit einer beginnenden oder bereits diagnostizierten Demenz stellt das regelmäßige Erfassen und Dokumentieren des kognitiven Status einen festen Bestandteil innerhalb der neurologischen Untersuchung dar. Anders als bei der MS sind die Demenzen per Definition charakterisiert durch ein Nachlassen der kognitiven Leistungsfähigkeit und durch eine eher lokalisatorische Zerstörung von Hirngewebe. Somit nimmt der kognitive Status bei diesen Erkrankungen einen ganz anderen Stellenwert ein. Dies zeigt sich nicht zuletzt an der Tatsache, dass seit Jahrzehnten im Rahmen der Forschung auch die Entwicklung sensitiver und für die klinische Praxis anwendbare neuropsychologische (Screening)Tests entwickelt wurden, die letztlich auch von den Krankenkassen anerkannt und von den behandelnden Ärzten entsprechend abgerechnet werden können (Beispiel Demtect). Hier hat demnach bereits eine Translation stattgefunden, die für die MS dringend gefordert, aber leider nicht in Aussicht gestellt ist.

Morbus Parkinson

Beim Morbus Parkinson treten Demenz und affektive Symptome bei zirka 30–40% der Patienten auf. Neben der

Entwicklung geeigneter kognitiver Messinstrumente steht im wissenschaftlichen Kontext seit einigen Jahren die kognitive Rehabilitation oder Remediation im Vordergrund. Dieser Ansatz wird zum einen hinsichtlich seiner prophylaktischen zum anderen hinsichtlich seiner therapeutischen Wirksamkeit überprüft. In der klinischen Praxis hat die neuropsychologische Untersuchung mittlerweile ihren Stellenwert gefunden, während kognitive Rehabilitation, ähnlich wie im Falle der MS, ein interessantes Forschungsfeld darstellt, das aber in naher Zukunft, obwohl sinnvoll und dringend erforderlich, sicher nicht im Praxisalltag integriert und von den Krankenkassen vergütet werden wird.

Fazit

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es begrüßenswert ist, dass im wissenschaftlichen Kontext die Kognition einen zunehmend größeren Stellenwert einnimmt. Neue Medikamente werden heutzutage bereits kurze Zeit nach ihrer Zulassung auf ihre kognitive Wirksamkeit überprüft. Wünschenswert wäre, die Kognition bereits in die Zulassungsstudien mit aufzunehmen. Des Weiteren werden verschiedene Inventare auf Sensitivität und Spezifität überprüft, so dass ein gewisser Qualitätsstandard bei den Testverfahren erwartet werden darf. Hinsichtlich kognitiv-therapeutischer Maßnahmen herrscht wissenschaftlich Bedarf nach Wirksamkeit und Qualität. Für die zuletzt genannten beiden Punkte fehlt leider in der Praxis zum einen die Überprüfung der Machbarkeit zum anderen die Vergütung via Krankenkasse. So lange diese beiden Punkte nicht prioritär verfolgt werden, wird die Kognition zumindest bei einer Erkrankung wie der MS zum Leidtragen vieler Betroffener ein wissenschaftlich berechtigtes Symptom ohne Relevanz für die Praxis bleiben. □

AUTORIN

**PD Dr. phil. Dipl.-Psych.
Iris-Katharina Penner**
COGITO GmbH, Zentrum für
Angewandte Neurokognition und
Neuropsychologische Forschung
Merowingerplatz 1, 40225 Düsseldorf
E-Mail: ik.penner@cogito-center.com

Hier steht eine Anzeige.



Das letzte Lebensjahr

Wie viel Palliativmedizin benötigen neurologische Patienten?

Wie sterben Menschen mit neurologischen Erkrankungen? Wie werden sie in ihrem letzten Lebensjahr betreut? Können Sie als Neurologe diese Fragen für Patienten, die Sie oft jahre- bis jahrzehntlang betreut haben, beantworten? Zu diesen Fragen wird es auf dem DGN-Kongress in Düsseldorf ein eigenes DGN(Forum geben.

Gerade Patienten mit neurologischen Erkrankungen leiden in der letzten Lebensphase unter zahlreichen Symptomen, es kommt zu schwierigen Therapieentscheidungen, möglicherweise einer erschwerten Sterbephase, und die Angehörigen müssen in der Trauerphase danach gut betreut werden. Im Zuge der Diskussion um den ärztlich assistierten Suizid ist das Thema der Palliativversorgung wieder ganz oben auf der politischen Agenda, ein „Hospiz- und Palliativgesetz“ (HPG) wird derzeit vorbereitet.

Haben wir Neurologen in der Vergangenheit die neuen Möglichkeiten der Versorgung, aber auch der Finanzierung unserer Tätigkeit ausreichend genutzt? Wollen wir das in der Zukunft tun? Wie viele Neurologen sind bisher an den neu entstehenden spezialisierten Palliativstrukturen wie den SAPV-Teams (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) beteiligt? Der Gesetzgeber schließt uns als Neurologen oder Patienten mit neurologischen Erkrankungen explizit nicht aus. In den Richtlinien zur SAPV wird Palliativversorgung als die Versorgung in der Phase definiert, in der eine Überlebensprognose von Tagen, Wochen oder Monaten besteht. Anspruch auf SAPV haben alle Patienten unabhängig von ihrer Diagnose, sobald die Beschwerdesituation komplex ist. Dies trifft mit Sicherheit für viele unserer neurologischen Patienten auch zu, derzeit jedoch werden in den spezialisierten Palliativstrukturen nur sehr wenige neurologische Patienten mitversorgt. Andererseits ist das Leid vieler Betroffener so existenziell, dass sie nach Auswegen suchen.

Mehr MS- als Tumorpatienten gehen in die Schweiz

Die in der Schweiz mit der Hilfe von Dignitas sterbenden Deutschen leiden zu einem großen Teil an Parkinson oder Multipler Sklerose (MS). In den Niederlanden sterben derzeit circa 22 % aller ALS-Patienten und 6 % aller MS-Patienten durch Tötung auf Verlangen, das sind weitaus mehr als Tumorpatienten mit etwa 2–3 %. Die Onkologie hat längst für sich erkannt, dass eine möglichst frühzeitige Palliativversorgung für die Betroffenen sinnvoll ist. Die hierfür essenzielle Publikation stammt von Temel et al. aus dem Jahr 2010 [N Engl J Med. 2010; 363 (8): 733–42]. Sie zeigt, dass ein Hinzuziehen von SAPV bei Patienten mit metastasiertem Lungenkrebs nicht nur zu einer Lebensqualitätsverbesserung führte, sondern auch zu einer Lebensverlängerung. Daraufhin hat die American Society of Clinical Oncology sogar die Regel ausgegeben, dass alle Tumorpatienten unabhängig von ihrer Krankheitsphase palliative Mitversorgung bekommen sollen.

Die inzwischen in Deutschland formulierte S3-Leitlinie Palliativmedizin im Rahmen des onkologischen Leitlinienprogramms sieht eine Palliativversorgung für alle Tumorpatienten ab einer Diagnosestellung einer nicht heilbaren Krebserkrankung vor. Außerdem hat die S3-Leitlinie zehn patientenorientierte Qualitätsindikatoren formuliert, die nun Eingang in die klinischen Krebsregister finden werden.

Ist Palliativversorgung also ein Thema für die Neurologie? Es ist sehr zu begrü-



© ArVis / Fotolia.com

Palliativversorgung ist definitiv auch ein Thema für die Neurologie.

ßen, dass sich die DGN diesem Thema verstärkt zuwenden möchte. So gibt es neben dem DGN(Forum (Mittwoch, 23. September 2015, 16.00–17.30 Uhr) auch erstmals ein wissenschaftliches Symposium Palliativmedizin (23. September 2015, 18.00–19.30, Raum 2). Wer sich weitergehend mit dem Thema beschäftigen möchte ist herzlich eingeladen, an der Arbeit der gemeinsamen Kommission von DGN und DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin) teilzunehmen. Es bleibt zu hoffen, dass die Neurologie die letzte Lebensphase ihrer Patienten im Auge behält. Die Betroffenen werden es uns danken! □

AUTOR

Prof. Dr. med. Raymond Voltz, Köln

Änderung der Richtlinie Hirntoddiagnostik betrifft Neurologen

Hintergründe und kritische Anmerkungen

In der vierten Fortschreibung der Richtlinie für die Regeln zur Feststellung des Todes ist der wissenschaftliche Beirat der Empfehlung gefolgt, dass einer der Untersucher ein neuromedizinischer Facharzt sein muss. Der Vorstand der BÄK hat die neue Richtlinie mit Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit beschlossen, sie ist seit der Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt am 6. Juli 2015 rechtlich verbindlich.

Hirntoddiagnostik (HTD) wird in Deutschland seit den 1960er-Jahren praktiziert, resultierend aus einer sich immer weiter entwickelnden Intensivmedizin mit Beatmungsmöglichkeiten. Damals stellte sich zwangsläufig die Frage, inwieweit die Fortsetzung lebensverlängernder Maßnahmen bei schwersten Hirnschädigungen sinnvoll ist, beziehungsweise wann und wie derartige Maßnahmen zu beenden sind. 1964 wurde in der Chirurgie ein erstes Diagnose-schema zur HTD diskutiert, unabhängig von der Möglichkeit einer Organspende; die Transplantationsmedizin entwickelte

sich erst in den 1970er-Jahren. Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer (BÄK) formulierte 1982 erstmalig ein Hirntodkonzept, was 1986 die erste Fortschreibung (mit Differenzierung zwischen supra- und infratentorieller Hirnschädigung), 1991 die zweite und 1997 die bis vor kurzem gültige dritte Fortschreibung (mit Ergänzung von apparativer Diagnostik) nach sich zog [1, 2].

Hirntod und Organspende

Seit Jahrzehnten wird an dem Konzept des Ganzhirntodes (Großhirn, Kleinhirn, Hirnstamm) nach naturwissen-

schaftlich-medizinischen Erkenntnissen als Todeskriterium festgehalten, dies unter ethisch-philosophischen und rechtlichen Aspekten allerdings nicht unangefochten. Nach dem Philosophen und Ethikexperten Professor Dieter Birnbacher aus Düsseldorf handelt es sich bei der Todesdefinition lediglich um eine Konvention, die sich gut begründen lässt, zweckdienlich und sinnvoll ist, vor allem unter den Gesichtspunkten der Organentnahme. Damit sei aber der Hirntod nicht zwangsläufig mit dem Tod des Menschen gleichzusetzen [3, 4]. Der Deutsche Ethikrat hat in seiner Stellungnahme vom 24. Februar 2015 [5] zu dem Thema „Hirntod und Entscheidung zur Organspende“ dieser Problematik ein ausführliches Kapitel gewidmet. Zumindest wurde die Frage, ob der Hirntod als Legitimation zur Transplantation ausreicht, einstimmig vom Ethikrat bejaht.

Die Richtlinien der HTD als verpflichtende Entscheidungsgrundlage für den untersuchenden Arzt sind seit 1997 im Transplantationsgesetz (§ 16 TPG) [6] verankert und Voraussetzung für eine Organentnahme (dead donor rule). Das TPG regelt die Organentnahme, -vermittlung und -übertragung bei toten und lebenden Organspendern einschließlich der Koordinierung aller medizinischen Ebenen (Kosten- und Leistungsträger), Aufklärung der Bevölkerung und Informationsübermittlung vor allem von Organspendeausweisen sowie Verbotsvorschriften bezüglich des Organhandels. Mit der Koordinierung der postmortalen Organspende wurde die Deutsche Stif-



Ist ethisch-philosophisch betrachtet der Hirntod gleichzusetzen mit dem Tod eines Menschen?

© Andrea Danti / Fotolia.com

tung Organtransplantation (DSO) beauftragt, während Eurotransplant die Organe nach medizinischen Auswahlkriterien vermittelt [7, 8]. Für die Einwilligung des Spenders entschied sich der Deutsche Bundestag mehrheitlich für die erweiterte Zustimmungslösung und nicht – wie in vielen anderen Ländern üblich – für die Widerspruchslösung.¹ Von diesen nun gesetzlich festgelegten – seit Jahren bereits praktizierten – Verfahrensregeln versprach man sich neben einer Rechtssicherheit für die beteiligten Ärzte mehr Vertrauen der Bevölkerung in die Transplantationsmedizin, mehr Transparenz und eine durchaus realistische Hoffnung auf eine erhöhte Organspendebereitschaft mit steigender Zahl von Organtransplantationen.

Eigene Erfahrungen mit der alten Richtlinie

Leider musste in den letzten Jahren ein kontinuierlicher Rückgang der Spendenbereitschaft und der Anzahl transplantiert Organe verzeichnet werden.² Schuld dürfte unter anderem die nicht abreißende Liste an Skandalen rund um HTD und Organentnahmen sein mit entsprechend negativen Schlagzeilen in der Presse. Bezüglich fehlerhafter HTD

kursieren unterschiedlichste Prozentangaben, was dem Umstand geschuldet ist, dass es bis heute in Deutschland weder eine systematische Qualitätssicherung noch ein offizielles Fehlermanagement gibt. Letztlich führten die Allokationskandale in Göttingen 2012 zu den dringenden erforderlichen Reformierungen in der Transplantationsmedizin mit einer Novellierung des TPG und Neustrukturierung der DSO [7, 8].

Als Mitglied des 1997 gegründeten mobilen Konsiliarteams der Region Nord der DSO muss ich aus eigener Erfahrung bestätigen, dass die Frage nach der Qualität der einen oder anderen durchgeführten HTD bislang leider berechtigt war. Denn die in der Theorie als absolut sicher einzustufende HTD wies in der Praxis Mängel auf. An erster Stelle ist hier die Qualifikation des Untersuchers zu nennen. Die in den HTD-Richtlinien festgelegten Qualitätsanforderungen an die Untersucher besagten bislang, dass zwei Ärzte unabhängig voneinander den Hirntod feststellen und dokumentieren müssen, beide müssen „über eine mehrjährige Erfahrung in der Intensivbehandlung von Patienten mit schweren Hirnschädigungen verfügen“. Damit war bislang weder ein Facharztstandard noch Erfahrung in der HTD gefordert, der Untersucher brauchte zuvor nie Kontakt mit einem hirntoten Patienten gehabt zu haben. So war es auch fast schon die Regel, dass wir bei unseren Einsätzen mit mehr oder weniger unerfahrenen zweiten Untersuchern konfrontiert waren, die im Vorfeld aber als (qualifizierte) Zweituntersucher angekündigt wurden. Nach einer statistischen Auswertung des Neurologen Hermann Deutschmann (ehemaliges Mitglied des mobilen Konsiliarteams Region Nord) lagen bei 212 HTD-Einsätzen in den Jahren 2001 bis 2006 bereits 58 unterschriebene Protokolle vor. Von diesen 58 konnte das Konsiliarteam den Hirntod in 16 Fällen nicht bestätigen. Der umgekehrte Fall von falsch negativen Resultaten (retrospektiv doch eindeutig zu diagnostizierender Hirntod) schien mir nach meiner persönlichen Einschätzung allerdings wesentlich häufiger vorgelegen zu haben.

Auch in der Region Nordost der DSO (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-

Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)

Die DSO ist eine 1984 gegründete privat-rechtliche Stiftung, infolge der Novellierung des TPG 2012 mit deutlich mehr öffentlich-rechtlichem Charakter. Die DSO ist bundesweit in sieben Regionen aufgeteilt und koordiniert die Organspende zwischen Eurotransplant, den Entnahmekrankenhäusern und den Transplantationszentren. Eine ihrer Hauptaufgaben sieht sie in der Begleitung und Unterstützung des Organspenders und dessen Angehörigen sowie des medizinischen Personals in den Entnahmekrankenhäusern. Eurotransplant vermittelt Organe aus Deutschland, den Beneluxländern, Kroatien, Österreich, Ungarn und Slowenien [7, 8].

Vorpommern) kam eine retrospektive Analyse [12] aller gemeldeten potenziellen Organspender aus den Jahren 2001 bis 2010 zu dem Ergebnis, dass sich die Chance einer korrekt durchgeführten HTD durch Beteiligung eines Neuromediziners (42 % davon im Rahmen eines mobilen Konsiliarteams) einschließlich apparativer Zusatzdiagnostik erhöht und die Wartezeit der Hirntodbestim-

Mobiles Konsiliarteam

Im Zuge des in Kraft getretenen TPG wurde das mobile Konsiliarteam für die Region Nord (Niedersachsen, Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein), bestehend aus Fachärzten für Neurologie und Neurochirurgie, etabliert. Das Team führt im Auftrag der DSO HTD an den Krankenhäusern durch, die diesbezüglich um Unterstützung bitten. Grundsätzlich wird dabei auch eine apparative Zusatzdiagnostik mit EEG und/oder Dopplersonografie angeboten und in der Regel auch durchgeführt. Regelmäßige Treffen des Teams ermöglichen einen konstruktiven Austausch über immer wieder auftretende Probleme sowohl in der klinischen Untersuchung als auch in der apparativen Diagnostik, die in den vorliegenden Richtlinien und Verfahrensregeln keine Antwort fanden. So wurden 2009 u. a. in FAQs zur Vorgehensweise in der HTD formuliert, die zum Teil von den bislang gültigen offiziellen Richtlinien (der dritten Fortschreibung) abwichen [11].

¹ Bei der Zustimmungslösung ist der schriftlich oder mündlich bekundete Wille des Verstorbenen ausschlaggebend. Liegt keine Erklärung vor, ist der nächste Angehörige zu befragen (erweiterte Zustimmung), welcher in seiner Entscheidung den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen zu berücksichtigen hat. Im Rahmen des überarbeiteten TPG gilt anstatt der Zustimmungslösung seit dem 1. November 2012 die Entscheidungslösung: Jeder Bürger soll seinen Willen bezüglich Organspende zu Lebzeiten dokumentieren, wobei Krankenversicherungen seit 2012 gesetzlich verpflichtet sind, ihren Mitgliedern (ab dem 16. Lebensjahr) alle zwei Jahre Informationsmaterial zum Thema Organspende zur Verfügung zu stellen und sie zu einer „Erklärung“ aufzufordern [9]. Von aktuell 4.000 Befragten gaben allerdings nur 43 % an, einen Brief von ihrer Krankenkasse erhalten zu haben [10]. Nach einer statistischen Erhebung der DSO lag jedoch auch 2014 bei acht von zehn potenziellen Organspendern, die von Krankenhäusern der DSO gemeldet wurden, keine schriftliche Willensbekundung vor [7].

² Rückgang der Anzahl der Organspender seit 2010 von damals 1.296 auf 864 im Jahr 2014 (-33%). Demgegenüber stehen 10.582 Patienten bei Eurotransplant auf der Warteliste für ein Organ (Stichtag 31. Dezember 2014). Pro Organspender werden durchschnittlich 3,5 Organe entnommen, im Jahr 2014 wurden 2.989 Organe transplantiert, (-29% im Vergleich zu 2010). In 20% aller Transplantationen wird eine Lebendspende realisiert, in 80% eine postmortale Spende (nach der dead donor rule) [7].



© RioPatuca Images / Fotolia.com

Die HTD-Richtlinien sind im Transplantationsgesetz verankert und Voraussetzung für eine Organentnahme

mung verkürzt. Einschränkend wird erwähnt, dass die personellen und logistischen Voraussetzungen nicht überall gewährleistet seien [12].

In einer gemeinsamen Stellungnahme vom 5. März 2014 [13] haben sich DGN (Deutsche Gesellschaft für Neurologie), DGNC (Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie) und DGNI (Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin) für eine höhere Qualifikation des untersuchenden Arztes ausgesprochen und gefordert, dass mindestens einer der Untersucher ein Neuromediziner (Neurologe oder Neurochirurg) mit Erfahrung in der HTD sein sollte. Die Fachgesellschaften empfehlen ferner, die HTD organisatorisch von der Organtransplantation zu trennen.

In einem offenen Brief an die BÄK vom 24. März 2014 forderten Beteiligte des mobilen Konsiliarteams der DSO-Region Nord unter federführender Verantwortung von Deutschmann darüber hinaus eine von der Landesärztekammer zu prüfende Qualifikation des Untersuchers mit Nachweis einer mehrjährigen Erfahrung und Beteiligung an mindestens fünf HTD sowie strukturierte curriculäre Weiterbildungen. Die apparative Zusatzdiagnostik wurde als obligatorisch angesehen mit einem Qualifikationsnachweis über die DEGUM (Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medi-

zin e. V.) oder DGKN (Deutsche Gesellschaft für klinische Neurophysiologie und funktionelle Bildgebung) [14]. Deutschmann hat in seiner Funktion als Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer Niedersachsen (Ausschuss Weiterbildung) seit 2007 mehrfach auf Bundesärztetagen darauf hingewiesen, dass eine flächendeckende Versorgung durch qualifizierte Ärzte nicht gegeben ist und die BÄK aufgefordert, dies durch spezifisch zu definierende Qualitätsmaßnahmen und Schulungen in den Krankenhäusern sicherzustellen [15].

Neue HTD-Richtlinien und Wertung

Für die nun vorliegende vierte Fortschreibung (Download unter [16]) hat der im Oktober 2012 konstituierte Arbeitskreis des wissenschaftlichen Beirats der BÄK die Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes überarbeitet. Durch strukturierte Befragungen wurden 16 Fachgesellschaften mit einbezogen, außerdem wurden eingegangene Stellungnahmen aus den letzten Jahren mit berücksichtigt. Anfang 2015 wurde die neue Richtlinie vom Vorstand der BÄK beschlossen und Ende März vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt. Sie ist seit Veröffentlichung im DÄB am 6. Juli 2015 rechtlich verbindlich und entspricht dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft von Oktober 2014 [16].

Im Vorfeld hatte es bereits mehrfach Kritik gegeben, dass die Überarbeitung zu lange dauere, gerade vor dem Hintergrund eines zunehmend spürbaren Vertrauensverlustes der Bevölkerung in die Organspende und die dafür erforderliche HTD. Aus Sicht des wissenschaftlichen Beirats habe es allerdings keinen „grundlegenden inhaltlichen Änderungsbedarf“ gegeben, „sensationelle Neuerungen“ seien nicht zu erwarten. Ziel sei es gewesen, ein „übersichtliches Regelwerk nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse“ abzubilden [17]. Entstanden ist ein 31 Seiten umfassendes Regelwerk einschließlich Anhang/Begründungstext und Literaturverzeichnis (gegenüber acht Seiten in der dritten Fortschreibung). Den aktuellen Titel „Regeln zur Feststellung des Todes“ mit Vermeidung des Begriffes „Hirntod“ kann ich in diesem Kontext nur begrün-

den; der Begriff „Tod“ untermauert die Endgültigkeit nach Ausfall aller Funktionen des Gesamthirnes und gibt Zweiflern nicht zusätzlichen Zündstoff für Grundsatzdiskussionen. Der umgangssprachliche Begriff „Hirntod“ wurde durch die medizinisch-naturwissenschaftlich korrekte Bezeichnung „irreversibler Hirnfunktionsausfall“ ersetzt.

Der Ablauf der HTD gliedert sich wie gehabt in:

- Prüfung der Voraussetzungen
- Klinische Untersuchung einschließlich Apnoetest
- Nachweis der Irreversibilität durch Zweituntersuchung in definiertem Zeitabstand oder apparativer Zusatzdiagnostik

(Dokumentation auf dem Hirntodprotokoll).

Verfahrensregeln: Die meisten Verfahrensregeln wurden lediglich detaillierter dargelegt und präzisiert, ohne dass es zu wirklich inhaltlichen Änderungen gekommen ist. Die Einhaltung des Untersuchungsablaufes nach einem 3-Stufen-Schema und der zweifelsfreie Nachweis der Hirnschädigung (wir hatten innerhalb des mobilen Konsiliarteams die Durchführung einer zerebralen CT zur Diagnosestellung vorausgesetzt) sollten bereits zuvor eine „conditio sine qua non“ gewesen sein, sind nun aber in der vierten Fortschreibung erstmals explizit erwähnt und gefordert.

Die Bedeutung und Wertung medikamentöser Effekte wird abhängig von der Körpertemperatur (< oder > 35 °C) erläutert, eine toxikologische Analyse aber nicht gefordert. Dieser Punkt wurde unter uns durchgehend strittig diskutiert mit konträren Ansichten zwischen „EEGisten“ und „Dopplersonografikern“. Bei eindeutig nachweisbarem Perfusionsstillstand und anamnestisch auszuschießender Intoxikation können medikamentöse Serumspiegel bei ohnehin veränderter und letztlich nicht bekannter Pharmakokinetik und ungesicherter Konzentrations-Wirkungs-Beziehung kritisch gesehen werden.

Deutlich spezifizierter ist der Apnoetest dargelegt mit jetzt geforderter temperaturkorrigierter pCO₂-Bestimmung, Dokumentation des pCO₂-Ausgangswertes (sollte zwischen 35 und 45 mmHg

liegen) und Hinweisen zur extrakorporalen Oxygenierung (z. B. ECMO). Bei nicht durchführbarem Apnoetest (z. B. bei Asthmatikern mit einem $p\text{CO}_2$ -Ausgangswert von > 45 mmHg) ist jetzt der (apparative) Nachweis eines zerebralen Zirkulationsstillstandes obligatorisch.

Neu im Bereich der apparativen Zusatzdiagnostik sind die beiden Perfusionsmethoden Duplexsonografie und CT-Angiografie. Die Kriterien der sonografischen Verfahren sind in einzelnen Punkten überarbeitet, daneben wird auf die Bedeutung einer möglichen lokalen Restperfusion hingewiesen, die einem zerebralen Zirkulationsstillstand nicht widersprechen muss. Die radiologischen Verfahren (außerdem noch Szintigrafie und Angiografie) sind mit differenzierter Verfahrensanweisung erläutert einschließlich gefordertem neuroradiologischem oder nuklearmedizinischem Facharztstandard des Untersuchers.

Dokumentation: Die Dokumentation der Befunde erfolgt jetzt auf einem beidseitig zu beschreibenden Protokollbogen, wobei der Name des Patienten auf Seite 2 nicht vorgesehen ist – Vorsicht bei unter Umständen dann nicht mehr zuzuordnenden Fotokopien! Vereinfacht hat sich die Dokumentation meines Erachtens nicht, es werden bis zu vier Unterschriften des Untersuchers gefordert, wobei man schon sehr genau lesen muss, um nicht „falsch“ zu unterschreiben. Irreführend sind vor allem die Unterschriften im Falle von Zweituntersuchungen unter Punkt 3.1. des Protokolls. Neu ist auch, dass auf dem abschließenden Befundprotokoll beide Untersucher unterschreiben müssen.

Qualifikation der Ärzte: Nun zu dem meines Erachtens wichtigsten Punkt der Richtlinienüberarbeitung: der Qualifikation der untersuchenden Ärzten. Der wissenschaftliche Beirat ist – was auch alle Fachgesellschaften begrüßen – der Empfehlung gefolgt, dass einer der Untersucher ein neuromedizinischer Facharzt sein muss. Bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr wird als Untersucher ein Neuropädiater und irgendein Facharzt oder ein Neurologe und ein Pädiater gefordert. Die bislang geltende „mehrjährige Erfahrung in der

Intensivbehandlung von Patienten mit akuten schweren Hirnschädigungen“ wird inhaltlich präzisiert. Dabei wird differenziert aufgelistet, welche Kenntnisse in den einzelnen Untersuchungsschritten, bei klinischen Besonderheiten und in der apparativer Zusatzdiagnostik vorliegen müssen. Beide Untersucher müssen ihre Qualifikation (nach eigenem Ermessen!) auf dem Protokollbogen gesondert bestätigen. Das Ergebnis der apparativen Zusatzdiagnostik ist auf dem Protokoll wie gehabt anzukreuzen, der Untersucher wird nur noch namentlich genannt und muss nicht selbst unterschreiben. Dafür muss jetzt der Befund (mit Unterschrift des Untersuchers) dem Protokoll beiliegen.

Gemäß § 9a TPG werden neu die Entnahmekrankenhäuser aufgefordert, Arbeitsanweisungen (SOP, standard operating procedures) zu erstellen, wie und durch wen ab sofort Hirntoddiagnostiken durchgeführt werden. Ferner sollen Maßnahmen zur Qualitätssicherung vorgehalten werden, zum Beispiel mit internen Audits und ärztlichen Qualitätszirkeln. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat bereits im Vorfeld verlauten lassen, dass bei der Umsetzung der Richtlinien „Hindernisse zu erwarten sind“, insbesondere was die Vorhaltung und Finanzierung entsprechend qualifizierten Personals angeht. Sie fordert die BÄK auf, dieses Personal „jederzeit vermitteln zu können“ [18].

Kritische Anmerkung

Eine spezifische Qualifikation des Untersuchers mit Zertifizierungsmaßnahmen ist im TPG nicht verankert. Es wird davon ausgegangen, dass die Richtlinie der BÄK beachtet und eingehalten, die Untersuchung *lege artis* durchgeführt wird. Die Bestätigung der eigenen Qualifikation per Kreuz auf dem Protokoll wird von vielen kritisch bewertet. Der Verband leitender Krankenhausärzte (VLK) warnt seine Mitglieder und alle beteiligten Ärzte diesbezüglich eingehend vor den zu erwartenden persönlichen Risiken und juristischen Konsequenzen [19]. So wurden auch schon im Vorfeld Stimmen laut, dass sich einige Untersucher – darunter gerade auch Neurologen – davon abschrecken lassen könnten und die Zahl der HTD-durchführenden Ärzte sinken würde.

Ich bin gespannt, wie die HTD in Zukunft unter den Anforderungen der neuen Richtlinie realisiert wird. Auch der Deutsche Ethikrat hat in seiner aktuellen Stellungnahme die BÄK erneut aufgefordert, die Versorgung mit HTD flächendeckend und zeitnah sicherzustellen. Dies war bisher nur unzureichend gewährleistet und wird es in Zukunft noch weniger sein. Die aktuellen Richtlinien sind zum jetzigen Zeitpunkt aufgrund fehlender qualifizierter Kollegen kaum umsetzbar. Diesem Missstand hätte man spätestens seit 2007 Abhilfe schaffen können, wenn die HTD als definiertes und verpflichtendes Untersuchungsverfahren einschließlich apparativer Zusatzdiagnostik in die Musterweiterbildungsordnung aufgenommen worden wäre³. Dies hätte in den letzten Jahren zu einer effizienten Steigerung ausgebildeter und qualifizierter Neuromediziner geführt.

Für Neuromediziner mit Facharztqualifikation plädiere ich für eine HTD-Zertifizierung über die BÄK. Ich bin definitiv kein Freund von immer wieder neu gegenüber der BÄK nachzuweisenden Zusatzqualifikationen (z. B. regelmäßig einzuholende Aktualisierungen der Fachkunde Strahlenschutz wie auch die seit langem diskutierten Zusatzqualifikationen für Botulinumtoxin oder Geriatrie). Bei einem so sensiblen Thema wie der HTD stellt sich dann aber doch die Frage, warum gerade hier keine Zertifizierung gefordert wird. Die BÄK enthebt sich jeglicher Verantwortung, indem sie den Fachkundenachweis dem HTD durchführenden Arzt selbst und die Organisation im Krankenhaus den leitenden Ärzten oder der Verwaltung überlässt – mit allen berufsrechtlichen und öffentlichen Konsequenzen.

Bezüglich der geforderten Qualifikationen in der Facharzt- und -weiterbildung hörte ich immer wieder, dass die Hürde zur Realisierung von Organspenden zu hoch gesetzt und die HTD nicht mehr praktikabel

³ Seit 2002 ist die Hirntoddiagnostik namentlich in der Weiterbildungsordnung der LÄK Niedersachsen für das Gebiet Neurologie, Neurochirurgie, Neuropädiatrie, Anästhesie und Intensivmedizin unter der Kategorie Weiterbildungsinhalte erwähnt. Spezifische Untersuchungsverfahren oder Anforderungen wurden nicht definiert. Ich gehe davon aus, dass die Möglichkeit, an einer HTD teilzunehmen, grundsätzlich in den entsprechenden Fachabteilungen mit Intensivstation angeboten wird oder sogar auch vorgesehen ist. Der fehlende Nachweis einer HTD dürfte aber kein Hindernis auf dem Weg zur Facharztqualifikation sein.

sei. Natürlich muss HTD in Anbetracht von 10.000 Patienten, die auf der Warteliste für ein Organ stehen, praktikabel sein – das steht außer Frage. Moralisch mindestens gleichwertig ist aber auch die Forderung, dass HTD eine größtmögliche Sicherheit aufweisen muss. Das schulden wir denen, die freiwillig und altruistisch ihre Organe Dritten zur Verfügung stellen. □

Literatur

1. Stellungnahme des wissenschaftlichen Beirats der BÄK zu „Kriterien des Hirntodes“, DÄB 1997; 94: Heft 19
2. Fortschreibung Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes 1997 mit Ergänzung gem. TPG vom 24.7.1998, BÄK
3. Müller T. Neurointensivmediziner auf philosophischen Pfaden. DNP 2015; 16 (3): 10–2
4. Gubernatis G. Ist der Hirntod eine gesellschaftlichen Konsens stiftende Todesdefinition? Nieders. ÄB 9/1996
5. Deutscher Ethikrat: Hirntod und Entscheidung zur Organspende, 24/2015, Kap. 4.2
6. Kontroversen über die Hirntodkonzeption Transplantationsgesetz – TPG 5.11.1997
7. DSO Jahresbericht 2014: Organspende und Transplantation in Deutschland, Frankfurt 2015
8. Deutsches Ärzteblatt, Heft 15/2015, DSO-Kernaufgaben im Krankenhaus
9. bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2012-04
10. info-organtransplantation.de/1.html
11. Reimers C, Pulkowski U. FAQs zur Hirntoddiagnostik: Empfehlungen zur Verfahrensweise, Akt Neurol 2009; 36: 313–22
12. Hoffmann O, Masuhr F. Zugang zur Hirntoddiagnostik. Der Nervenarzt 2014; 85(12): 1573–81
13. Stellungnahme DGN, DGNC, DGNI zur Feststellung des Hirntodes vor Organentnahme 5.3.2015
14. www.gubernatis.de/politik_medien.html
15. Protokoll, 110. Deutscher Ärztetag 2007; www.bundesaerztekammer.de/arzt2007/co030018/artikel.htm
16. www.baek.de/downloads/irrev.Hirnfunktionsausfall.pdf
17. Ärztezeitung 30.3.2015 „Neue Richtlinie noch in diesem Jahr“
18. Rundschreiben der DKG vom 7.5.2015
19. Kommentar des VLK „Die neue Richtlinie zur HTD – persönliche Risiken und Fallstricke für beteiligte Ärzte“; www.vlk-online.de/books/mobile/index.html#p=3

AUTORIN

Dr. med. Elisabeth Rehkopf
 Fachärztin für Neurologie
 Möserstr. 52–54, 49074 Osnabrück
 E-Mail: Elisabeth.Rehkopf@web.de

Spitzenverband ZNS zum Anti-Korruptionsgesetz: Die Klarheit fehlt!

Kritik am Entwurf für ein sogenanntes Anti-Korruptionsgesetz übt der Spitzenverband ZNS (SPiZ). „Korruption im Gesundheitswesen muss bekämpft werden. Aber dieser Gesetzesentwurf schafft in seiner bisherigen Form mehr Verwirrung als Klarheit“, kritisiert der Vorsitzende des Spitzenverbandes, Dr. Frank Bergmann.

Die Ausführungen des Gesetzes seien immer noch so vage, dass Ärzte fürchten müssten, wegen völlig legitimer Kooperationen, zum Beispiel zwischen Krankenhäusern und Praxen, in das Visier der Strafverfolgungsbehörden zu geraten. „Es mag ja sein, dass Juristen diesen Verdacht im Einzelfall jeweils ausräumen können. Aber wenn alle Formen von Zusammenarbeit zum Beispiel in regionalen Netzstrukturen zunächst unter Generalverdacht stehen und juristische Gutachten brauchen, dann hemmt das den notwendigen Aufbau von regionalen vernetzten Strukturen erheblich – zum Schaden unserer Patienten“, so Bergmann.

Bergmann wies daraufhin, dass der Versorgungsdruck in den ZNS-Fächern – Psychiatrie, Neurologie, Nervenheilkunde und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychotherapie – immer mehr steigt. „Nur mit einer intensiven strukturierten Zusammenarbeit aller Akteure in der Region – also Netzstrukturen – können wir diese Patien-

ten ohne überlange Wartezeiten qualitativ hochwertig betreuen.“ Der SPiZ fordere daher vom Gesetzgeber Rechtssicherheit für die gewollte und notwendige Zusammenarbeit von Heilberuflern.

Bergmann kritisiert, die Diskussion um den neuen Straftatbestand „Bestechlichkeit im Zusammenhang mit der Ausübung eines Heilberufs“ verstelle den Blick auf relevante Missstände im Gesundheitswesen, die weiter ungeklärt blieben und fordert: „Wir brauchen mehr unabhängige klinische Forschung in Deutschland.“ Er verweist auf ein Strategiepapier der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), wonach der unabhängigen klinischen Forschung in Deutschland „erhebliche Investitionen in Technik und Personal“ fehlen [1]. „Wenn die klinische Forschung in Deutschland in weiten Teilen von der Industrie übernommen wird, dann ist das ein gewaltiges und höchst problematisches Einfallstor für die Durchsetzung von Industrie-Interessen“, so Bergmann.

Der Gesetzesentwurf sieht vor, einen neuen § 299a ins Strafgesetzbuch aufzunehmen, der Bestechung oder Bestechlichkeit im Gesundheitswesen mit einer Geldstrafe oder einer Freiheitsstrafe ahndet. Die Strafandrohung gilt für Heilberufler – also auch für Apotheker, Physiotherapeuten und andere – und für jene, die ihnen unzulässige Vorteile versprechen, zum Beispiel von Seiten der

Industrie. Nach § 300 drohen bei besonders schweren Fällen Freiheitsstrafen von bis zu fünf Jahren.

Unter Strafe gestellt werden sollen korruptives Verhalten bei „dem Bezug, der Verordnung oder der Abgabe von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten oder bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial“.

Literatur

1. http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/reden_stellungnahmen/2015/sgkf_empfehlungen_klinische_forschung_150720.pdf | Empfehlungen der DFG-Senatskommission zur klinischen Forschung

Pressemeldung SPiZ
www.bvdsn.de
www.bv-psychiater.de
www.bv-neurologe.de
www.kinderpsychiater.org

Versorgungsstärkungsgesetz 2015

Wichtige Veränderungen, die auch Neurologen betreffen

Das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsstärkungsgesetz) hat am 10. Juli 2015 im Bundesrat die letzte parlamentarische Hürde genommen und ist am 23. Juli 2015 in Kraft getreten. Der Gesetzgeber stellt damit vor allem die Stabilisierung und Weiterentwicklung der flächendeckenden Versorgung im vertragsärztlichen Bereich in den Mittelpunkt seiner Reformen. Nachfolgend werden überblicksartig einige wesentliche Neuregelungen vorgestellt.

Praxisnachbesetzungsverfahren

Zu Beginn des vertragsärztlichen Nachbesetzungsverfahrens in einem Planungsbereich, in dem Zulassungsbeschränkungen bestehen, hat der Zulassungsausschuss bereits seit einiger Zeit zunächst die Frage zu klären, ob ein Verfahren überhaupt eingeleitet werden soll. Dies kann verweigert werden, wenn aus Versorgungsgründen die Nachbesetzung nicht erforderlich ist. Die Neuregelung durch das Versorgungsstärkungsgesetz geht nun dahin, dass in rechnerisch überversorgten Gebieten die Ausschüsse Anträge auf Nachbesetzung ablehnen „sollen“, wenn eine Fortführung der Praxis aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist und der regionale Versorgungsgrad 140 % oder mehr beträgt. Die bislang geltende „Kann-Regelung“, die den Ausschüssen mehr Entscheidungsspielraum gegeben hat, wurde dahingehend eingeschränkt, dass sie nur noch ab einem Versorgungsgrad von 110 % zum Tragen kommt, dies bis zur Grenze des Versorgungsgrades von 140 %. Die Neuregelung kann somit durchaus Praxisnachbesetzungen deutlich erschweren oder sogar verhindern. Es wurden allerdings Ausnahmefälle vorgesehen, die die positive Beurteilung des Ausschreibungsantrages zur Folge haben. Dies gilt beispielsweise, wenn ein Bewerber Ehegatte, Lebenspartner oder Kind des bisherigen Vertragsarztes ist. Bevorzugt behandelt wird zudem auch der Antrag bei einem Bewerber, der ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder selber ein Vertragsarzt

ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde, soweit das Anstellungsverhältnis beziehungsweise der gemeinschaftliche Betrieb mindestens drei Jahre lang andauerte.

Medizinische Versorgungszentren

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) müssen nicht mehr fachübergreifend ausgestaltet sein, um den Betrieb aufnehmen zu können. Dadurch werden zum Beispiel reine Hausarzt-MVZ oder rein facharztgruppengleiche MVZ ermöglicht. Zudem konnte sich bislang ein MVZ im Nachbesetzungsverfahren nur dann bewerben, wenn bereits ein konkreter anzustellender Arzt benannt wurde, der die Tätigkeit im MVZ ausführen sollte. Nunmehr sieht das Gesetz vor, dass ein MVZ sich auch ohne konkrete Angabe eines Arztes bewerben kann. Weiterhin ist es nun auch Kommunen möglich, MVZ zu gründen. Sie können so ganz gezielt in die regionale Versorgung der Patienten eingreifen.

Gleichstellung angestellter Ärzte mit Vertragsärzten

In der Ärzte-Zulassungsverordnung wurde klargestellt, dass die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt grundsätzlich – nach den allgemeinen Regelungen, die auch für Vertragsärzte gelten – zulässig ist. Weiterhin gelten die Vorschriften zum Ruhen einer Zulassung nunmehr entsprechend auch für das Ruhen der Arztstelle, auf der die genehmigte Anstellungstätigkeit durch einen angestellten Arzt ausgeführt wurde. Schließlich stellt das Versorgungsstärkungsgesetz klar, dass Vertragsärzte und angestellte Ärzte entsprechend ihres jeweiligen Versorgungsauftrages beispielsweise bei Plausibilitätsprüfungen gleich zu behandeln sind.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Das Versorgungsstärkungsgesetz sieht eine wesentliche Neustrukturierung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen vor. Zu-

Einige, aber nicht alle Neuregelungen des Versorgungsstärkungsgesetzes bringen Vorteile.

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

nächst sollen die zurzeit gültigen Regelungen noch fortgelten. Ab dem 1. Januar 2017 wird es dann zu grundlegenden Änderungen kommen. Dann gilt der Grundsatz, dass die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen anhand von Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner auf Landesebene geprüft wird. Die Vertragspartner auf Landesebene sind bei der entsprechenden Ausgestaltung grundsätzlich frei, es werden allerdings bundeseinheitliche Rahmenvorgaben folgen.

Terminservicestellen

Die KVen sind verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten. Diese müssen Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem ambulant tätigen vertragsärztlichen Facharzt vermitteln. Einer Überweisung bedarf es nicht, wenn ein Behandlungstermin bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt vom Patienten begehrt und von der Terminservicestelle zu vermitteln ist. Die Wartezeit des Patienten auf den zu vermittelnden Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Entfernung zwischen Wohnort des Patienten und dem vermittelten Facharzt zumutbar sein muss. Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem entsprechenden Leistungserbringer anbieten, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus zu vermitteln. Für die ambulante Behandlung im Krankenhaus gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung entsprechend. Ausnahmen von diesen Vorgaben bestehen dann, wenn eine Behandlung innerhalb der an sich vorgesehenen Frist aus medizinischen Gründen nicht erforderlich ist. Dann ist ein Behandlungstermin lediglich in angemessener Frist zu vermitteln. Einzelheiten zum konkreten Verfahren werden im Bundesmantelvertrag noch geregelt werden.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Die im Jahr 2012 in dieser Form in das SGB V eingeführte besondere Versorgungsform der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung als „dritter Versorgungssektor“ wird durch das Versorgungsstärkungsgesetz in weitergehendem Umfang geregelt und in der Umsetzung erleichtert. Zum Zwecke der engeren Verzahnung des ambulanten mit dem stationären Sektor entfällt beispielsweise die bisherige Beschränkung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf schwere Verlaufsformen bei onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen. Zudem wird der Bestandsschutz für Krankenhäuser, die die Genehmigung nach § 116 b SGB V in der Vergangenheit – nach altem Recht – erhalten haben, befristet. Die ursprünglichen Planungen, einen unbegrenzten Bestandsschutz zu gewähren, wurden wieder aufgegeben. □

AUTOR

Dr. Thorsten A. Quiel, Bonn
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht
E-Mail: buero.quiel@busse-miessen.de

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Honorarreform 2016

Entwicklung und Zeitplan

Wenn der Zeitplan sich nicht allzu sehr verzögert, wird 2016 ein neuer fachärztlicher EMB erarbeitet, der im Jahr 2017 in Kraft treten soll. Die Vorarbeiten für die Ausarbeitung dafür laufen seit geraumer Zeit auf Hochtouren. Die Berufsverbände sind bei der Entwicklung wieder eingebunden, wobei die Zusammenarbeit diesmal systematischer und intensiver gestaltet wird.

Die Honorarreform erfolgt in zwei Stufen. In einer ersten Stufe wurde bereits versucht, die haus- und fachärztliche Grundversorgung zu stärken. Kernmerkmale dieses Reformschrittes waren die Förderung des Einsatzes von nichtärztlichen Praxisassistenten in Hausarztpraxen und die Einführung des Zuschlages zur fachärztlichen Grundversorgung. Mit diesen Maßnahmen erfolgte eine Weichenstellung, die dem Haus- und Fachärztemangel in der wohnortnahen Basisversorgung der Bevölkerung entgegenstehen soll. In der Vergangenheit haben Spezialisierungen infolge des medizinischen Fortschritts zulasten der Grundversorgung überhand genommen, was insbesondere auf dem Hintergrund einer älter werdenden

Bevölkerung als problematisch zu werten ist. Unter den Bedingungen begrenzter Budgets handelt es sich hier durchaus um eine folgerichtige und notwendige Maßnahme, auch wenn das Ziel einer extrabudgetären Vergütung der Grundversorgung nur im Ansatz erreicht werden konnte.

Zweite Stufe der Reform

Die zweite Stufe betrifft den hausärztlichen EBM und wurde – etwas holprig – bereits umgesetzt. Der neue fachärztliche EBM soll 2017 in Kraft treten. Eine Fertigstellung beziehungsweise das Inkrafttreten bereits in 2016 wird als nicht mehr realistisch eingeschätzt. Das erklärte Ziel der KBV in der zweiten Stufe der Reform ist die Einführung von fes-

ten und kostendeckenden Preisen für haus- und fachärztliche Leistungen.

Im Rahmen der Neuberechnung ärztlicher Leistungen hat die KBV dazu unter anderem ein Gutachten in Auftrag gegeben, das die Leistungskomplexe neu definiert und neu bewertet. Es handelt sich um eine grundlegende Neukalkulation des kalkulatorischen Arztlohns. Zudem wurde eine Neuerfassung und Neuberechnung der sogenannten Overhead-Kosten durchgeführt. Originäre ärztliche Leistungen sollen attraktiver werden und Anreize für eine Querfinanzierung der technischen Leistungen verhindern. Die Kalkulation ärztlicher Leistung ist dabei keine banale Aufgabe. Zudem müssen neben dem zeitlichen Aufwand für die Kernleistung auch die Overhead-

Für die Kalkulation ärztlicher Leistungen müssen neben dem zeitlichen Aufwand für die Kernleistung auch die Overhead-Aufgaben berücksichtigt werden.



Aufgaben vollständig erfasst werden wie Führungs- und Verwaltungsaufgaben, praxisinterne- und externe Kommunikation, Qualitätsmanagement sowie Aufgaben wie Büroarbeiten in Praxis und oder zu Hause, Teilnahme an Veranstaltungen, Teambesprechungen, Tagesvor- und Nachbereitungen, Kontakte mit externen Beratern, Praxis-Controlling, Buchführung und vieles andere.

Die Berufsverbände waren in diesen Prozess eingebunden. Um die lückenhafte Datenbasis zu verbessern, haben wir die Chance genutzt und für einzelne, in der Vergangenheit systematisch unterbewertete Leistungen wie etwa das EMG eigene Datenerhebungen vorgenommen. Hieran haben sich 30 Kollegen beteiligt, die nach engen Vorgaben die einzelnen Zeitabläufe für definierte Leistungen protokolliert haben. Dabei galt es nicht nur den Status quo abzubilden, der aufgrund einer fehlenden Kostendeckung augenscheinlich nicht mehr bedarfsgerecht war, sondern im Hinblick auf zukünftige auch komplexe klinische Fragestellungen erforderliche Zeitaufwände zu erfassen. Für das Engagement der Kolleginnen und Kollegen, die mit hohem zeitlichen Aufwand an dieser Erhebung teilgenommen haben, möchten wir uns an dieser Stelle herzlich im Namen der gesamten Fachgruppe bedanken. Derzeit werden diese Daten ausgewertet.

Was bedeuten die Änderungen voraussichtlich für die Neurologen?

Grundsätzlich konnte sich die Neurologie in den letzten Jahren auch honorarpolitisch besser als Zuwendungsfach positionieren. Das ist in Anbetracht der Betreuungsintensität neurologischer Patienten, respektive Patienten mit Hirnschädigungen und/oder erheblichen Behinderungen dringend notwendig gewesen. Hier zeichnen sich auch wesentliche Unterschiede in der stationären und ambulanten Versorgung ab. Während in der akutstationären Neurologie – zum Beispiel durch die Entwicklungen in der Schlaganfallversorgung – die Technik im Verhältnis an Bedeutung gewonnen hat, haben in der wohnortnahen ambulanten Versorgung neurologischer Patienten neben den technischen Leistungen Zuwendungsaspekte einen zuneh-

mend hohen Stellenwert. Die Betreuungsleistungen und die Wiedereinführung der Gesprächsziffern haben diesen besonderen Zuwendungsaufwänden bedingt Rechnung getragen. Dass dies nicht nur notwendig war, um den Anforderungen unseres Fachgebietes gerecht zu werden, sondern auch unter honorarpolitischen Aspekten richtig war, zeigt sich. Die Förderung fachärztlicher Grundleistungen und die Förderung der ärztlichen Leistungen in der zweiten Stufe der Honorarreform sollten sich auf diesem Hintergrund nicht nachteilig für uns entwickeln.

Honorarentwicklung – gestern und morgen

Gleichwohl sollten zwei Aspekte nicht aus den Augen verloren werden: Die Neurologen konnten zwar in den sieben Jahren honorartechnisch aufholen und sich aus ihrem historischen Tief in eine Mittelposition bewegen. Die Patientenzahlen haben aber parallel dazu zugenommen und die Zeit, die für den einzelnen Patienten bleibt, wird den Anforderungen einer patientengerechten Versorgung nicht immer gerecht.

Die Versorgungsbedarfe sind auch im Fachgebiet Neurologie niemals nach rationalen und versorgungswissenschaftlichen Aspekten angepasst worden. Es fehlt bundesweit an Neurologen und Psychiatern, respektive an intelligenten Instrumenten zur Versorgungssteuerung. Hierin liegen wesentliche Aufgaben der Berufspolitik für uns in den nächsten Jahren.

Zuwendung und Betreuung einerseits und hochspezialisierte technische Diagnostik sind gleichermaßen unverzichtbar in der Neurologie. Neue EBM-Positionen sind erforderlich und wurden von uns eingebracht (u. a. die Einführung einer Botulinumziffer, die Neurosonografie und der Überwachungsaufwand bei neuen MS-Therapien). Die Notwendigkeiten konnten wir gegenüber der KBV deutlich machen. Weitere Entscheidungen hierzu werden dem Bewertungsausschuss obliegen. □

AUTOREN

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



Buchtipps

Stefanie Richter,
Olaf H. Waehnke,
Ronald R. Zabel

Integriert versorgen bei Demenz

Gelingende Praxis am Beispiel der Memo Clinic®

Springer Medizin, Urban & Vogel GmbH,
München 2014, 1. Aufl., 288 Seiten,
Abb. und Tab., 26,99 €,
ISBN 978-3-89935-285-6,

Früherkennung, angemessene Diagnose und Versorgung von Menschen mit Demenz unter Einbeziehung der Angehörigen erfordern spezialisierte, aufeinander abgestimmte Strukturen. Die gegenwärtige Praxis beinhaltet leider noch immer zahlreiche Mängel, so dass dringend neue Modelle benötigt werden. Ein Modell einer spezialisierten Komplexversorgung bei Demenz, das bundesweit Schule macht, ist die Memo Clinic® in Stralsund. Sie bietet eine teilstationäre spezialisierte Tagespflege, die auch Ärzte und Therapeuten einbindet.

Dr. Stefanie Richter hat die Memo Clinic® als externe Wissenschaftlerin analysiert und stellt die Ergebnisse zusammen mit den Gründern, Olaf H. Waehnke und Dr. Ronald R. Zabel, vor.

Die als Franchise-Modell angelegte Memo Clinic® (www.memoclinic.de) mit bisher drei Standorten ist ein in der Praxis etabliertes Versorgungsmodell für Menschen mit Demenz, das unterschiedliche Akteure, ambulante und teilstationäre Strukturen sowie betreutes Wohnen integriert. Es leistet fachübergreifende Versorgung in Form interprofessioneller und intersektoraler Kooperationen.

Die Autoren wollen mit ihrem Buch Impulse zur Entwicklung integrierter Versorgungsangebote setzen und zeigen, dass Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen bereits heute umfassend unterstützt werden können.

Das Buch richtet sich an alle in diesem Feld Tätigen, zugleich aber auch an Betroffene und ihre Angehörigen.

Erfolgreiche Nachwuchsarbeit

Junge Neurologen gehören mittlerweile zu den „alten Hasen“



© DGN / S. Bratulic / D. Gust

Sieben Jahre nach ihrem Start sind die Jungen Neurologen eine breite und ständig wachsende Bewegung mit Einfluss und zunehmender Vernetzung etwa mit den Europäischen Jungen Neurologen und dem Bündnis Junger Ärzte.

Zukunft braucht Neurologen – getreu diesem Motto haben die Jungen Neurologen (JuNo) auch 2015 wieder viele Angebote für den Nachwuchs konzipiert und umgesetzt. Denn mit der Nachwuchsgewinnung allein ist es nicht getan, die jungen Kolleginnen und Kollegen wollen auch gefördert und betreut werden. Natürlich ist das in erster Linie eine Aufgabe der weiterbildenden Klinik. Eine große Community wie die JuNos bestärkt aber den Zusammenhalt, ermöglicht den Austausch und eine größere Perspektive. Die DGN, der BDN und der BVDN unterstützen diese Arbeit aktiv.

Was ist neu?

Seit diesem Jahr sind die JuNo auch im „Bündnis junge Ärzte“ (BJÄ) aktiv und haben sich mit den Nachwuchsorganisationen anderer Fachgesellschaften und Berufsverbände vernetzt. Dabei war es für die JuNo sehr schön zu erleben, wie gut sie selber mit rund 20 aktiven Mitgliedern in der sogenannten Kerngruppe aufgestellt sind, betreut doch jedes

Mitglied dieser Kerngruppe eigene Projekte und Vorhaben, jeweils in Abstimmung mit dem Gesamtteam. „Wir müssen uns im Vergleich zu den anderen Fächern nicht verstecken, ganz im Gegenteil!“ Darüber hinaus vertreten die JuNo seit diesem Jahr die Anliegen des Nachwuchses in wichtigen Kommissionen der DGN: in der Kommission Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung, der Kommission für die Fortbildungsakademie und in der Programmkommission zur Planung der DGN-Jahrestagung. Letzteres, weil die JuNo in jedem Jahr ein großes Nachwuchsprogramm auf dem Kongress anbieten.

Das Spektrum der JuNo-Aktivitäten ist größer geworden: So haben die JuNo 2015 zum ersten Mal eine eigene Veranstaltung auf dem Parkinson-Kongress angeboten und das Nachwuchsprogramm auf der ersten Jahrestagung der neu gegründeten European Academy of Neurology (EAN) mitgestaltet. Dr. Christiana Ossig, bis September 2015 Sprecherin der JuNo, organisierte dafür einen „hospital visit“ mit anschließendem

dem Essen und Austausch für 80 Studierende und Nachwuchsneurologen von Portugal bis Sibirien. Als größte Nachwuchsorganisation für Neurologen in Europa wollen die JuNo künftig noch enger mit der European Academy of Young Neurologists and Trainees zusammenarbeiten. Hier bahnt sich ein neuer großer Arbeitsbereich für die JuNo an, unter anderem sind Austauschprogramme und internationale Fortbildungen angedacht.

Ein weiteres wichtiges Thema der JuNo ist die Qualität der Weiterbildung. Dazu hat eine JuNo-Arbeitsgruppe Chefärzte nach Rahmendaten zur Weiterbildung in ihrer Klinik befragt und die anonymisierten Ergebnisse den teilnehmenden Kliniken als Benchmark zur Verfügung gestellt. Der nächste Schritt soll nun eine Assistentenbefragung sein. Für dieses sehr umfangreiche Vorhaben entwickeln die JuNo in enger Abstimmung mit der DGN-Kommission Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung ein inhaltliches und organisatorisches Konzept. Außerdem haben die

JuNo unter Leitung von Dr. Anselm Angermaier, Greifswald, ebenfalls zum ersten Mal eine Fortbildungsveranstaltung für junge Neurologen für den DGN-Kongress konzipiert und der Fortbildungskommission vorgestellt.

Eine besonders augenscheinliche Neuerung ist der Webauftritt der JuNo: Mit neuen Inhalten, einem internen Arbeitsbereich für Mitglieder der Kerngruppe und einer verbesserten Verknüpfung mit Social Media trägt die Internetseite dem Wachstum der Bewegung Rechnung. Die Website berichtet über das Fach und die Angebote der JuNo, das Leben an der Uni 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 und Aktionen.

Sehr beliebt ist auch 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.

Studierende erreichen

Besonders wichtig für die Zusammenarbeit mit Studierenden und Assistenten ist die Facebook-Seite der JuNo. Kurze prägnante Beiträge fördern die Kommunikation in der Community. 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, miteinander in Kontakt zu treten und zum Beispiel Mitfahrgelegenheiten und Unterkünfte zu ver-

abreden. Damit wird der Zusammenhalt bereits vor Beginn der Veranstaltung gestärkt.

Sehr wichtig ist noch das sogenannte JuNo-Hochschulnetz: Summer Schools, Mentorenprogramm, Dein Tag in der Neurologie und das DGN-Stipendiatenprogramm – die Arbeit der Jungen Neurologen hängt wesentlich davon ab, dass die Studierenden an den Hochschulen von den vielen Aktionen und Angeboten rechtzeitig Kenntnis erhalten. Dabei hilft das Hochschulnetz. An der Neurologie interessierte Studierende arbeiten als Ansprechpartner der JuNo-Kerngruppe und verbreiten die Informationen über Semesterverteiler, Schwarze Bretter und andere uniinterne Kanäle. Nur durch die Zusammenarbeit von JuNo-Website und Newsletter, Facebook und Hochschulnetz ist es überhaupt möglich, jedes Jahr rund 150 Studierende für die Summer

Interview mit Anne-Sophie Biesalski

„Ich war von Anfang an begeistert ...“

? Frau Dr. Biesalski, wie sind Sie zu den Jungen Neurologen gestoßen?

Biesalski: Das erste Mal bin ich bei der Neurowoche 2010 im Mannheimer Rosengarten auf die Jungen Neurologen aufmerksam geworden und habe auch ihre Veranstaltungen besucht. Ich war bereits damals begeistert von der Neurologie und habe mich – schon als Studentin – persönlich angesprochen gefühlt.

? Was ist das Besondere an den Jungen Neurologen?

Biesalski: Ich habe selten in einem Team mit so hoher intrinsischer Motivation gearbeitet: Bei den Treffen des Kernteams arbeiten wir sehr zielorientiert und finden schnell einen Konsens. Unsere Projekte kommen deshalb schnell voran und neue Ideen lassen sich umsetzen. Besonders schätze ich auch die vertrauensvolle Unterstützung der DGN: Jedes Teammitglied kann sich einbringen, wird zur selbstständigen Arbeit motiviert und bestmöglich unterstützt. Die Koordination durch Dr. Arne Hillienhof sowie der Rückhalt der

DGN sind einmalig! Außerdem mag ich den Kontakt zu allen Interessierten, zum Beispiel den Stipendiaten beim jährlichen Kongress oder den Studierenden aus dem Hochschulnetz. Sie sorgen für frische Ideen und geben uns ein direktes Feedback für unsere Arbeit.

? Was sind die wichtigsten Projekte der Jungen Neurologen?

Biesalski: Zu den besonders wichtigen Projekten gehören für mich die regelmäßig stattfindenden Summer Schools und unser vielfältiges Programm beim jährlichen Kongress der DGN. Daneben schätze ich besonders das Mentorenprogramm und das Angebot „Ein Tag in der Neurologie“, bei dem Studierende deutschlandweit einen Tag lang Einblick in die klinische Arbeit in der Neurologie bekommen. Daneben sei natürlich unsere Homepage erwähnt: Mit Features wie dem Journal Club machen wir schon ein außergewöhnliches Angebot.

? Was sind Ihre Projekte für die kommenden zwei Jahre?



Ab September 2015 Sprecherin der Jungen Neurologen: Dr. Anne-Sophie Biesalski aus Witten.

Biesalski: Ich wünsche mir, dass sich auch die jungen Kolleginnen und Kollegen, die bereits in der Neurologie arbeiten, von uns angesprochen fühlen. Einige erste Schritte sind hier bereits getan: Auf dem DGN-Kongress 2016 in Mannheim werden die Jungen Neurologen erstmals eine Veranstaltung in Zusammenarbeit mit der Fortbildungsakademie anbieten – sie soll sich gezielt an Weiterbildungsassistenten zu Beginn der klinischen Ausbildung wenden.

Vor diesem Hintergrund liegt mir außerdem am Herzen, die neurologische Weiterbildung flächendeckend zu evaluieren, um Grenzen, aber auch Chancen aufzuzeigen. Daneben vernetzen sich die Jungen Neurologen aktiv mit anderen Fachgruppierungen. Dazu gehört die Zusammenarbeit mit den Europäischen Jungen Neurologen oder dem Bündnis Junger Ärzte.

Veranstaltungen der Jungen Neurologen (JuNo) auf dem DGN-Kongress 2015 in Düsseldorf	
Mittwoch, 23. September	
14.00 – 16.00 Uhr DGN(forum, 1. OG)	Treffen der Generationen – Vereinbarkeit von Beruf und Familie Gemeinsame Veranstaltung der Jungen Neurologen und der DGN Leitung DGN: PD Dr. Gerhard Jan Jungehülsing, Berlin, Mitglied des DGN-Vorstands Leitung Junge Neurologen: Dr. Linda Wilbers, Köln; Dr. Christopher Doppler, Jülich/Köln; Dr. Sophie Aschenberg, Köln Referenten: Dr. Elisabeth Rehkopf, Osnabrück; PD Dr. Lothar Burghaus, Köln; Dr. Amande Pauls, Köln
ab 19.30 Uhr Treffpunkt JuNo Stand, 1. OG	JuNo Social Club Zum Auftakt und zum Kennenlernen: die JuNo-Partynacht im Brauhaus UERIGE im Herzen der Düsseldorfer Altstadt
Donnerstag, 24. September	
9.00 – 9.30 Uhr Stand der JuNo, 1. OG	Kongress-Guide Tipps und Vorschläge für den Kongressbesuch. Referent: Dr. Lorenz Müller, Würzburg
12.30 – 13.30 Uhr Treffen am JuNo-Stand, 1. OG	Poster Session Wir besprechen zehn aktuelle Poster mit Preisträgern der vergangenen DGN-Tagung Leitung: Dr. Xenia Kobeleva, Hannover; Dr. Anselm Angermaier, Greifswald
14.00 – 15.30 Uhr Saal Y, 1. OG	Update Schwindel Leitung: Dr. Christiana Ossig, Berlin; Dr. Katrin Rauen, München Referent: Prof. Dr. Michael Strupp, Deutsches Schwindel- und Gleichgewichtszentrum am Klinikum der LMU München
15.30 – 17.00 Uhr Raum 16/17, 1. OG	State of the Art für Berufseinsteiger (1) Von Koryphäen lernen Leitung: Dr. Dietrich Sturm, Bochum; Dr. Lorenz Müller, Würzburg Referenten: Infektiologie: Prof. Dr. Hayretin Tumani, Ulm; Multiple Sklerose: Prof. Dr. Uwe Zettl, Rostock; Polyneuropathie: PD Dr. Nurcan Üceyler, Würzburg
Freitag, 25. September	
8.30 – 11.30 Uhr Raum 2, 1. OG	Spotlight: Höhepunkte des wissenschaftlichen Programms Leitung: Prof. Dr. Alexander Storch, Rostock; Dr. Christiana Ossig, Berlin Referenten: Grundlagenwissenschaftliche Studien: Prof. Dr. Jürgen Winkler, Erlangen; Bildgebung und klinische Neurophysiologie: Prof. Dr. Cornelius Weiller, Freiburg; Klinische Beiträge – Beobachtungsstudien: Prof. Dr. Alexander Storch, Rostock; Klinische Beiträge – Interventionsstudien: Prof. Dr. Matthias Endres, Berlin
9.00 – 12.00 Uhr Raum 4a/b, EG	Workshop „Von der Idee zur Studie“ , Rund 15 Teilnehmer bearbeiten gemeinsam mit den Referenten Fragen zu Forschungsanträgen und zur Publikation von Forschungsergebnissen Leitung: Dr. Dietrich Sturm, Bochum; Anne-Sophie Biesalski, Wuppertal Referenten: Prof. Dr. Christoph Kleinschnitz, Würzburg; PD Dr. Götz Thomalla, Hamburg Anmeldung erforderlich
12.30 – 14.00 Uhr Raum 6, 1. OG	Scientific-Speed-Dating Gemeinsame Veranstaltung der Jungen Neurologen und der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) In kurzen, zeitlich begrenzten Gesprächen können Studierende und junge Assistenzärzte den Kontakt zu Inhabern neurologischer Praxen, Chefärzten und renommierten Forschern aus ganz Deutschland knüpfen und Fragen zu Klinik und Forschung in der Neurologie stellen Leitung: Linnéa Grindegard, Köln; Felix Bernhard, Tübingen; Anne-Sophie Biesalski, Wuppertal; Dr. Franziska Hopfner, Kiel; Dr. Dietrich Sturm, Essen; Dr. Xenia Kobeleva, Hannover Referentin: Dr. Theodora Hogenkamp, DFG, Bonn Anmeldung erforderlich
14.30 – 16.00 Uhr Raum 18/19, 1. OG	State of the Art für Berufseinsteiger (2) Von Koryphäen lernen Leitung: Dr. Christiana Ossig, Berlin; Dr. Katrin Rauen, München; Dr. Franziska Hopfner, Kiel Referenten: Stroke: PD Dr. Andreas Binder, Kiel; Epileptologie: Prof. Dr. Holger Lerche, Tübingen; Bewusstseinsstörungen: Prof. Dr. Thomas Pfefferkorn, Ingolstadt

Schools, 100 Stipendiaten für die DGN-Tagung und die Teilnehmer für die Tage in der Neurologie zu gewinnen.

Bewährtes weiterführen und ausbauen

Seit 2008 im Programm und weiterhin sehr beliebt sind die Summer Schools der JuNo. 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 Kliniken organisiert und durchgeführt. „Wir bedanken uns bei allen Referenten, die wieder einmal ehrenamtlich zur Verfügung standen. Sie sind nicht nur Lehrer, sondern auch Botschafter für die Neurologie“, sagte Dr. Christiana Ossig, Sprecherin der JuNo.

Seit dem Start des Mentorenprogramms haben die JuNo und die DGN jedes Jahr zehn bis fünfzehn neue Mentees und Mentoren in das Programm aufgenommen. Grundidee des Programms ist, jungen Assistenzärzten und interessierten Studierenden berufliche Orientierungs- und Entwicklungshilfen durch einen erfahrenen Arzt oder Wissenschaftler zu bieten. 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 und Kontakte vermitteln. Das Mentoring erfolgt bei persönlichen Treffen, die halbjährlich stattfinden. Das Mentorenprogramm hat sich seit dem Start 2011 zu einer wichtigen Säule der Nachwuchsarbeit mit Breitenwirkung entwickelt. Kollegen, die Interesse haben, sich als Mentor an dem Programm zu beteiligen, möchten sich bitte unter info@junge-neurologen.de melden.

Auch die „Tage in der Neurologie“ laufen seit Jahren erfolgreich: Dabei 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 Arbeitgeber anbietet. Interessierte finden

Auch in diesem Jahr wird es – wie hier 2014 in München – einen eigenen Stand der JuNo auf dem DGN-Kongress geben.



© DGN / S.Bratic / D.Gust

Informationen zu Ablauf und Erfahrungen von Kliniken und Teilnehmern auf der JuNo-Website unter: www.junge-neurologen.de/dein-tag-in-der-neurologie.html.

Die ambulante Neurologie vorstellen

Viele neurologische Erkrankungen werden zuerst in der Praxis gesehen und zum Teil auch dort geführt. Kopfschmerzdiagnostik und -therapie, Schwindelbehandlung und Rückenschmerz, epileptischer Anfall, MS-Schub, Bewegungsstörung, periphere neurologische Erkrankungen oder weitere Behandlung nach Schlaganfall sind Beispiele dafür. Die JuNo weisen deshalb aktiv auf die Möglichkeiten hin, über Praxisfamulaturen die ambulante Medizin näher kennenzulernen. Dafür wollen die JuNo ein möglichst flächendeckendes Netz von Praxen aufbauen, die sich vorstellen können, einen Studierenden rund vier Wochen am Praxisbetrieb teilhaben zu lassen. Die JuNo bitten Praxisinhaber, die sich daran beteiligen können, über die JuNo-Website zu melden. Die Praxen werden in der Rubrik „Praxisfamulatur“ geführt. Die Möglichkeiten zur Famulatur werden immer wieder in Newslettern und über Facebook verbreitet.

Großes JuNo-Programm auf der DGN-Jahrestagung

Seit Jahren gestalten die JuNo auf der DGN-Jahrestagung ein umfangreiches Programm für den Nachwuchs. Die

Angebote reichen von „Kongress-Coaching“ über Diskussionsrunden zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie bis zu gemeinsamen Veranstaltungen mit der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG). Neue Formate wie ein „Speed-Dating“ – in diesem Jahr als „Scientific-Speed-Dating“ mit hochkarätigen Wissenschaftlern – haben dabei immer wieder für neue Impulse gesorgt. Besonders beliebt sind auch die Veranstaltungen „State of the art“, in denen Experten ein praxisorientiertes Update zu jeweils drei neurologischen Erkrankungen geben. Ein Highlight ist auch die JuNo-Poster-Session, bei der Poster-Preisträger der vergangenen DGN-Tagung aktuelle Poster mit jungen Neurologen diskutieren. Im Workshop „Von der Idee zur Studie“ geht es um Fragen zu Forschungsanträgen und zur Publikation von Forschungsergebnissen.

Ein „Social Club“ für rund 100 Studierende lädt mögliche Nachwuchsneurologen zum Kennenlernen und zum Austausch ein.

AUTOR

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln

Öffentlichkeitsarbeit

Neuer Besucherrekord auf der Patienteninformationsseite

Das Patienteninformationsportal der neurologischen und psychiatrischen Berufsverbände und Fachgesellschaften „Neurologen und Psychiater im Netz“ (NPiN) www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org ist beliebter denn je: Im ersten Halbjahr 2015 verzeichnete es einen neuen Rekord bei den Besucherzahlen.

Im Vergleich zum gleichen Zeitraum des Vorjahres sprang die Zahl der Besucher um etwa 50 % auf rund 1,6 Millionen. In den letzten Wochen setzte sich diese positive Entwicklung weiter fort. Schon jetzt lässt sich absehen, dass im

Gesamtjahr 2015 deutlich mehr als 3 Millionen Patienten und Interessierte die Internetseite nutzen werden. Damit konnten die für das Gesamtjahr 2014 erwarteten Rückgänge – eine Folge der Neubewertung und -einstufung durch

die Suchmaschinen – bereits 18 Monate nach dem Relaunch der Seite im Dezember 2013 mehr als ausgeglichen und das dynamische Wachstum vor dem Relaunch wieder aufgenommen werden.

Suchmaschinenoptimierung erhöht Bekanntheitsgrad

Ein Grund dafür ist die Suchmaschinenoptimierung, durch die das Ranking der Internetseite insbesondere bei der Eingabe von Krankheiten als Suchbegriffe deutlich verbessert werden konnte. Das modern gestaltete Design der Seite, ihre klare und übersichtliche Struktur sowie die umfangreichen, in wesentlichen Teilen überarbeiteten, leicht verständlichen Informationen zu neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen mit zahlreichen Serviceangeboten kommen bei den Nutzern ganz offensichtlich gut an. Mit diesem Auftritt werden die „Neurologen und Psychiater im Netz“ ihre Position als die am meisten besuchte und bekannteste deutschsprachige Internetseite zu neurologischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Themen weiter auszubauen.

Erfolgreiche Pressearbeit

Einen wesentlichen Anteil an den weiter zunehmenden Besucherzahlen hat die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Seit dem Start der „Neurologen und Psychiater im Netz“ im Herbst 2004 besteht eine enge Kooperation mit der Deutschen Presseagentur (DPA). Die von der NPiN-Redaktion erstellten und von Experten der Berufsverbände freigegebenen Ratgeberartikel zu neurologischen Erkrankungen führten im Jahr 2014 zu

Von der Startseite www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org aus navigiert man zu den Seiten der Rubriken Ratgeber, Diagnostik oder Therapie und zu den individuellen Praxis-Homepages (s. Muster unten).

The screenshot displays the homepage of the 'Neurologen und Psychiater im Netz' portal. At the top, it identifies itself as an information portal for mental health and neurological disorders, supported by various professional associations. The main navigation bar includes categories like 'Psychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie', 'Kinder- & Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie', and 'Neurologie'. Below this, there are sub-menus for 'Startseite', 'Arzt/Kliniksuche', 'Krankheiten', 'Krisen/Notfall', 'Selbsthilfe & Angehörige', 'Recht', and 'Gehirn & Nervensystem'. A search bar is prominently placed. The main content area features several article teasers, such as 'Neurologie' with a date of 23.08.2015 and 'Diagnostik des Parkinson-Syndroms'. A sidebar on the left offers 'Übersicht', 'Erkrankungen', 'Diagnostik', 'News-Archiv', and 'Ratgeber-Archiv'. At the bottom, there are sections for 'Therapie bzw. Behandlungsmöglichkeiten bei Cluster-Kopfschmerzen' and 'Praxis für Neurologie & Psychiatrie' with contact information for Dr. med. Dirk Mustermann.

15 Agenturmeldungen, die an Presse, Rundfunk- und Fernsehredaktionen verteilt wurden. Mit mindestens 40 Artikeln in Zeitungen und Zeitschriften wurden rund 5 Millionen Leser erreicht. Diese Daten beruhen auf Erhebungen eines Clippingdienstes. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass hier nur Artikel erfasst sind, die als Quelle die „Neurologen im Netz“ angeben. Viele Zeitungen und Zeitschriften sind in den vergangenen Jahren aber dazu übergegangen, in ihren Artikeln die Quelle nicht mehr zu nennen, sodass diese Artikel in den Daten des Clippingdienst nicht berücksichtigt werden. In regelmäßigen Abständen vorgenommene Stichproben der NPiN-Redaktion zeigen, dass die tatsächliche Zahl der veröffentlichten Artikel und

damit auch der erreichten Leser etwa um das Dreifache höher liegt, als die erfassten Daten.

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 Praxisteams und der Behandlungsräume. Wer bereits über eine Praxis-Homepage im Internet verfügt, kann sich eine Startseite in der Ärzteliste der Patientenplatt-

form 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 €. Bei einer Anmeldung (Anmeldeformular siehe unten) bis zum 30. November 2015 ist die Homepage-Erstellung im Rahmen der diesjährigen Herbstaktion kostenfrei. □

AUTOR

Jochen Lamp, Frankfurt

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 und der Schweiz: BDN, BKJPP, BVDN, BVDP, DGGPP, DGPPN, SGPP, SGKJPP.

Sonderaktion bis
30.11.2015
Kostenfreie Erstellung
Ihrer Praxis-Homepage!

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

Titel, Vorname, Name
Straße, Hausnr.
PLZ, Ort
Telefon, Fax
E-Mail, Internetadresse
(Landes)Ärztelkammer, Kassenärztliche Vereinigung
Sprechzeiten

- Ich/Wir bestätige/n, Mitglied in einer der oben genannten Fachorganisationen zu sein.
- Ich/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 beteiligte Fachorganisation sind von Ansprüchen Dritter freigestellt.

Ich/Wir zahle/n per SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE81ZZZ00000700791
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.

Geldinstitut (Name und BIC)
IBAN
Datum, Ort, 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

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

Schicken Sie uns Ihre Anmeldung per Fax oder Post:

 Fax: 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
E-Mail: support@neurologen-und-psychiater-im-netz.org



Mehr Infos zur Praxis-Homepage finden Sie unter:
www.monks-aerzte-im-netz.de

Intestinale Levodopa/Carbidopa-Therapie: Fokus auf die Lebensqualität

➔ Die Forschung zur Lebensqualität hat sich von einem „Außenseiterthema“ zu einem wichtigen Element der klinischen Forschung entwickelt – auch in der Parkinson-Therapie.

Das Phänomen, dass Patienten mit dem Ergebnis ihrer Behandlung unzufrieden sind, obwohl sie aus ärztlicher Sicht gemäß objektiver Kriterien eine erfolgreiche Therapie erhalten haben, wird als „Unzufriedenheitsparadox“ bezeichnet. Patienten können beispielsweise enttäuscht sein oder sich sogar getäuscht fühlen, wenn sie Nebenwirkungen oder Komplikationen erlitten hatten, über die sie sich im Vorfeld nicht im Klaren waren, erläuterte PD Dr. phil. Dipl.-Phys. Sabine Müller, Leiterin der Arbeitsgruppe „Neurophilosophie, Neuroethik und Medizinethik“ an der Charité Universitätsmedizin Berlin. Geringe Compliance, Arztwechsel

oder sogar gerichtliche Auseinandersetzungen sind mögliche Folgen. Auch für Ärzte kann eine solche Situation frustrierend sein, und manchmal empfinden sie diese Patienten als undankbar. Müller empfahl daher, der Lebensqualität in der täglichen Praxis größere Beachtung zu schenken. Um dem Unzufriedenheitsparadox zu entgehen, sollte besonderes Augenmerk gerichtet werden auf:

- die Vermittlung realistischer Behandlungsziele,
- die angemessene Darstellung von Risiken, Nebenwirkungen und der Auswirkungen der Therapie auf die Lebensqualität,
- die Berücksichtigung der individuellen Werte, Lebensziele und sozialen Umstände der Patienten.

Die intestinal zu verabreichende Levodopa/Carbidopa-Therapie Duodopa® ist das erste

Anti-Parkinson-Mittel, dessen Fachinformation eine Verbesserung der Lebensqualität beinhaltet. Doch nicht nur in den dort genannten klinischen Wirksamkeitsstudien [Olanow CW et al. *Lancet Neurol* 2014; 13 (2): 141–9; Fernandez HH et al. *Mov Disord* 2014; doi: 10.1002/mds.26123] zeigte sich ein positiver Effekt auf die Lebensqualität. Auch unter Alltagsbedingungen [Antonini A et al. *Parkinsonism Relat Disord* 2015; 21 (3): 231–5] besserte sie sich nach zwölf Monaten bei 375 Patienten sowohl im PDQ-8-Score ($p = 0,01$) als auch im EQ-5D ($p = 0,0001$) signifikant.

Dr. Claudia Bruhn

Symposium „LCIG in Wissenschaft und Praxis“, 9. Kongress der Deutschen Parkinson Gesellschaft e.V. (DPG), Berlin, 18.4. 2015; Veranstalter: AbbVie Deutschland

Multiple Sklerose: Noch mehr EVIDENCE

➔ Die auf der Jahrestagung 2015 der American Academy of Neurology (AAN) vorgestellten Ergebnisse bestätigen die Wirksamkeit von Interferon beta-1a s.c. 3 x 44 µg/Woche – auch unter den neuen Qualitätskriterien wie dem Ausbleiben feststellbarer Krankheitsaktivität (NEDA).

Eine Post-hoc-Analyse untersuchte in der EVIDENCE-Studie den Anteil von Patienten mit einer frühen Response auf IFN β-1a s.c. 3 x 44 µg/Woche (Rebif®) und IFN β-1a i.m. 1 x 30 µg. Nach acht Wochen wurden unter IFN β-1a s.c. 3 x 44 µg signifikant weniger Gd⁺-T1-Läsionen und signifikant weniger aktive Läsionen (T1 oder T2) im MRT beobachtet als unter IFN β-1a i.m. 1 x 30 µg [Reider A et al. AAN 2015, Poster P7.257]. Das Fehlen von Gd⁺-T1-Läsionen nach acht Wochen korrelierte unter IFN β-1a s.c. 3 x 44 µg mit dem Erreichen der Freiheit klinischer Krankheitssymptome (CAF, clinical activity free) nach 48 Wochen. Für IFN β-1a i.m. 1 x 30 µg bestand diese Korrelation nicht.

Weitere Post-hoc-Analysen der EVIDENCE-Studie untersuchten den Anteil von Patienten mit CAF (keine neuen Schübe und keine Verschlechterung der Behinderungsprogression über zwölf Wochen, EDSS-Anstieg

≥ 1 Punkt) sowie Patienten mit modifiziertem NEDA-(mNEDA)-Status (CAF + keine neuen oder sich vergrößernden T2-Läsionen im MRT). Unter IFN β-1a s.c. 3 x 44 µg waren signifikant mehr Patienten nach 24 und 48 Wochen klinisch krankheitsfrei als unter IFN β-1a i.m. 1 x 30 µg (24 Wochen: 72 % vs. 58 %; $p < 0,001$; 48 Wochen: 56 % vs. 46 %; $p = 0,01$). Auch den mNEDA-Status erreichten signifikant mehr Patienten unter IFN β-1a s.c. 3 x 44 µg nach 24 und 48 Wochen als unter IFN β-1a i.m. 1 x 30 µg (mNEDA nach 24 Wochen: 66 % vs. 50 %; $p < 0,001$; mNEDA nach 48 Wochen: 44 % vs. 32 %; $p = 0,003$) [Coyle P et al. AAN 2015, Poster P7.220]. Bei Patienten ohne initiale Gd⁺ T1-Läsionen erreichten 54,0% unter IFN β-1a s.c. 3 x 44 µg und 42,7% unter IFN β-1a i.m. 1 x 30 µg einen mNEDA-Status nach 48 Wochen. Und unter IFN β-1a s.c. 3 x 44 µg war ein höherer Prozentsatz von Patienten mit Gd⁺-T1-Läsionen nach acht Wochen frei von Gd⁺-T1-Läsionen als unter IFN β-1a i.m. 1 x 30 µg (56,6% vs. 41,0%) [Fang J et al. AAN 2015, Poster P7.271]. Epidemiologische Daten und Post-hoc-Analysen klinischer Studien deuten darauf hin, dass Vitamin D3 die Progression einer MS beeinflusst. In der BENEFIT-Studie war

ein Anstieg der Plasmawerte der Speicherform 25-Hydroxy-Vitamin D [25(OH)D] um (20 ng/ml) signifikant mit einer um 57% verminderten Rate neuer Hirnläsionen und einer um 25% verminderten Größenzunahme der Läsionen verbunden [Ascherio A et al. *JAMA Neurol* 2014; 71 (3): 306–14]. Zu den immunmodulatorischen Funktionen von Vitamin D gehören die Inhibition proinflammatorischer Th1-Zytokine, wie IFN-gamma, IL-2, IL-12, TNF-alpha sowie die Hochregulierung von anti-inflammatorischen Th2-Zytokinen wie IL-4, IL-5 und IL-13. Diese Effekte von Vitamin D werden nur bei Substitution hoher Dosen (10.400 IE) beobachtet [Bhargava, P. AAN 2015, Oral Session S38.001]. Ende 2015 sollen die Ergebnisse einer von Merck-Serono initiierten randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten klinischen Studie (SOLAR-Studie) vorliegen, die den Nutzen einer Add-On-Therapie mit Cholecalciferol (Vigantol® Öl) (14.000 IE/d) zu einer Therapie mit Interferon β-1a s.c. 3 x 44 µg untersucht.

Dr. Carin Szostecki

Webinar „Kongress Spezial AAN: Was gibt es Neues zu MS?“ 7.5.2015; Veranstalter: Merck Serono

Depressionstherapie mit neuem Wirkprinzip

➔ Nach bald drei Jahren praktischer Erfahrungen mit Tianeptin (Tianeura[®]) zeigt sich, dass viele Patienten gut ansprechen und sich das Nebenwirkungsprofil gegenüber vorangegangenen Therapien häufig bessert. Experten führen dies auf den alternativen Wirkmechanismus zurück.

„Tianeptin hat aufgrund seines unterschiedlichen primären Wirkprinzips eine einzigartige Stellung unter den Antidepressiva“, betonte Univ.-Prof. em. Dr. Walter E. Müller, Frankfurt. Die Substanz wirkt nicht als Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), sondern verkürzt die Verweildauer von Serotonin an der Synapse, jedoch ohne Effekt auf die basale Serotoninkonzentration. Das erklärt, laut Müller, weshalb die serotonergen unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) unter Tianeptin im Vergleich zu SSRI deutlich geringer ausfallen. Zugleich

moduliert die Substanz glutamaterge Mechanismen und beeinflusst so die Neuroplastizität. „Der Einfluss auf die Neuroplastizität scheint der Kerneffekt zu sein, der zur Verbesserung der Depression führt“, erklärte Müller.

Wie verschiedene Studien dokumentieren, ist die antidepressive Wirkung von Tianeptin mit denen der SSRI vergleichbar [Kasper S, Olié JP. Eur Psychiatry 2002; 17 (3): 331–40]. Bei der Auswahl eines Antidepressivums ist daher wichtig, welche Substanz hinsichtlich der Nebenwirkungen günstig ist“, berichtete Professor Hans-Peter Volz, ärztlicher Direktor des Klinikums Schloss Werneck. Im Vergleich zu einem SSRI wie etwa Paroxetin zeigt Tianeptin in der Gesamtsumme signifikant weniger UAW (40% vs. 53%, $p = 0,02$) [Lepine JP et al. Hum Psychopharmacol 2001; 16: 219–27]. Dieser

Unterschied geht hauptsächlich auf eine geringere Übelkeit (7% vs. 15%), weniger Schlafstörungen (1% vs. 6%) und seltenere Benommenheit (1% vs. 5%) zurück. „Auch in Bezug auf sexuelle Funktionsstörungen erweist sich Tianeptin als überlegen gegenüber SSRI“, ergänzte Volz.

„Patienten, die unter SSRI oder Trizyklika keine Verbesserung erreichen, sprechen häufig gut auf Tianeptin an und berichten von guter Verträglichkeit. Die wieder erlangte Sexualität stellt dabei einen großen Pluspunkt dar“, berichtete Dr. Rudolf Herbst, niedergelassener Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie aus Wörrstadt.

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Pressegespräch „2 Jahre Tianeptin in Deutschland: Praxiserfahrung mit einem neuen Wirkprinzip“, München, 2.7.2015; Veranstalter: neuraxpharm Arzneimittel

Morbus Pompe: Je früher behandelt, desto besser die Chancen

➔ Bei Morbus Pompe (Glykogenose Typ II) handelt es sich um eine seltene, autosomal rezessiv vererbte neuromuskuläre Erkrankung, die zu andauernder Behinderung führt und mit einer hohen Letalität einhergeht. Die langfristige Enzymersatztherapie mit Alglucosidase alfa ist die bislang einzige kausale Therapie dieser metabolischen Myopathie.

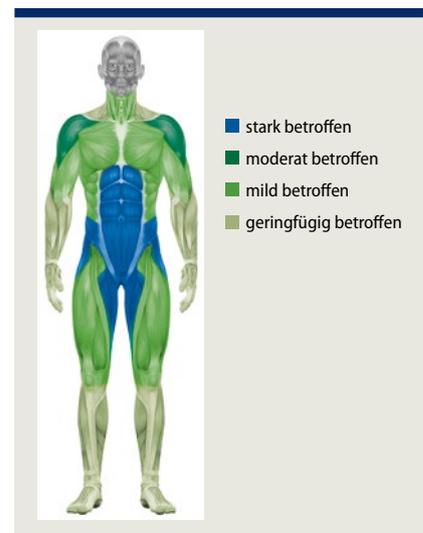
Morbus Pompe ist charakterisiert durch eine progrediente Degeneration besonders der Skelett- und Atemmuskulatur, bei Neugeborenen ist vor allem die Herzmuskulatur betroffen. Den Patienten droht die Abhängigkeit von Rollstuhl und Beatmungsgerät und eine reduzierte Lebenserwartung. Ursache ist ein Mangel der sauren α -Glukosidase, die insbesondere im Muskel lysosomales Glykogen zu Glukose abbaut. Die Akkumulation von Glykogen durch den Enzymmangel beeinträchtigt zunehmend die Funktion des gesamten Muskelgewebes.

Je eher die Erkrankung diagnostiziert ist und die Therapie beginnt, desto höher sind die Chancen, irreversible Gewebe- und Organschäden zu vermeiden oder zu verzögern. Die erste und bisher einzige kausale Therapie für Pompe-Patienten ist die Infusion von

Alglucosidase alfa (Myozyme[®]), wodurch der Enzymmangel an saurer α -Glukosidase ausgeglichen wird. „Die Enzymersatztherapie ist eine sichere Therapieoption. Verschiedene Studien zeigen eine Stabilisierung der Krankheitsparameter und Reduktion der Gesamtmortalität“, erklärte Professor Peter Young, Klinik für Schlafmedizin und Neuromuskuläre Erkrankungen, Universitätsklinikum Münster.

Die Vielzahl möglicher Ursachen proximaler Muskelschwäche erfordert eine dem klinischen Problem angepasste Stufendiagnostik mit Einbeziehung von Familienanamnese, Elektromyografie (EMG), Bildgebung, molekulargenetischen Zusatzuntersuchungen und gegebenenfalls eine Muskelbiopsie. „Die Enzymaktivitätsbestimmung der sauren α -Glukosidase ist sinnvoll bei allen Fällen unklarer proximaler Muskelschwäche“, sagte Dr. Bertold Schrank, Abteilung für Neurologie an der DKD HELIOS Klinik, Wiesbaden. Auch distale Paresen können Ausdruck von Myopathien sein, so dass seiner Ansicht nach zusätzlich zur Neurografie ein EMG zur Differenzierung durchgeführt werden sollte.

Guidrun Girschbach



Grad der Muskelbeteiligung bei Morbus Pompe

Interaktives Symposium „Neurologie im Dialog – Interaktive Vorträge zur Symptomatik, Diagnostik und Therapie neuromuskulärer Erkrankungen“, 22. Kongress des Wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e.V. (DGM); Bochum, 20.6.2015; Veranstalter: Genzyme

Genzyme GmbH, Mod. nach van der Beek Net al. Orphanet Journal of Rare Diseases 2012; 7: 88

Bald neue Therapieoption bei MS?

Zwei Phase-III-Studien bei Patienten mit schubförmiger Multipler Sklerose (MS) zeigen die Überlegenheit des Prüfmedikaments Ocrelizumab gegenüber einer Standardtherapie mit Interferon beta-1a. Ocrelizumab reduziert signifikant Schubrate, Fortschreiten der Behinderung und Läsionen im MRT. In einer weiteren Phase-III-Studie wird Ocrelizumab bei Patienten mit primär progredienter MS (PPMS) getestet. Ocrelizumab ist ein humanisierter monoklonaler Antikörper, der selektiv und gezielt gegen CD20-positive B-Zellen gerichtet ist, die wesentlich zur Schädigung der Myelinscheide und der Axone bei Patienten mit MS beitragen. Ocrelizumab bindet an CD20-Oberflächenproteine, die auf bestimmten B-Zellen, nicht jedoch auf Stammzellen oder Plasmazellen, exprimiert werden. Deshalb bleibt bei Patienten, die mit Ocrelizumab behandelt werden, die Fähigkeit zur Bildung neuer B-Zellen erhalten.

Nach Informationen von Roche

Neue Alzheimer-Prüfsubstanz

Neueste Daten der Interimsanalyse von PRIME zu Aducanumab bei Patienten mit prodromalem oder mildem Morbus Alzheimer bestätigen eine statistisch signifikante Reduktion von Beta-Amyloid im Gehirn, erkennbar mittels Bildgebung per PET-Scan. Aufgrund der vielversprechenden Ergebnisse ist Aducanumab in Absprache mit den zuständigen Arzneimittelbehörden von der Phase Ib in die Phase III der klinischen Prüfung vorgezogen. Die Einbindung von Patienten in die Phase III-Studien mit den Namen ENGAGE und EMERGE hat bereits in mehr als 20 Ländern begonnen. Ab Herbst 2015 wird Aducanumab auch in zahlreichen deutschen Studienzentren getestet.

Nach Informationen von Biogen

Patienten-App „MS und ich“

Für Teilnehmer des EXTRACARE-Programms gibt es ein neues App-Update für das Smartphone. Der Service für MS-Patienten beinhaltet unter anderem Erinnerungen an die Medikation und Arzttermine, Kognitionsübungen für die geistige Fitness sowie eine „Tagebuch“-Funktion zur Vorbereitung auf das Arztgespräch.

Nach Informationen von Novartis

MS-Therapie: Frühe Therapieeskalation

➔ Bleiben Patienten mit Multipler Sklerose (MS) unter Basistherapie nicht frei von Krankheitsaktivität, können sie von einer rechtzeitigen Umstellung auf stark wirksame Therapieoptionen wie den Alpha-4-Integrin-Antagonisten Natalizumab profitieren. Das bestätigen Langzeitdaten zweier Studien.

Wurden Patienten erst bei einem EDSS-Wert von 3 bis 5 mit Natalizumab (Tysabri®) behandelt, sprachen 57% an, bei Therapiebeginn bei EDSS <3 waren es dagegen 77%, die im weiteren Verlauf von mindestens 24 Monaten frei von Schüben, Behinderungsprogression und MRT-Aktivität blieben [Prosperini L et al. J Neurol Sci 2012; 323: 104–12; Leray E et al., Brain 2010; 133: 1900–13]. Dieser Vorteil bleibt langfristig erhalten, wie Daten der unverblindeten multinationalen Langzeitstudie STRATA (The safety of Tysabri re-dosing and treatment) demonstrieren, die Patienten aus den Zulassungsstudien einschloss [Rudick R et al.,ECTRIMS 2013; Poster P539]. Die 6-Jahres-Zwischenanalyse zeigte, dass die mittlere Schubrate bei Patienten, die initial Natalizumab erhalten hatten, auf 0,13/Jahr sank; bei Patienten, die in Phase III Placebo und dann Natalizumab erhalten hatten, lag die Rate bei 0,19 Schüben/Jahr. Der EDSS-Wert blieb in beiden Gruppen stabil bei einem Wert von 3. Im MRT zeigten nur 2% der Patienten einen Krankheitsprogress, berichtete PD Dr. Björn Tackenberg, leitender Oberarzt an der Klinik für Neurologie, Universität

Marburg: „Das heißt andersherum gesagt, bei 98% war kein Progress nachweisbar.“ Der Hirnvolumenverlust betrug im Mittel 0,25% und lag damit im physiologischen Bereich. Als Cut-off-Wert einer pathologischen Veränderung gilt ein Verlust von 0,4%. Daten aus der klinischen Praxis präsentierte Tackenberg mit der 5-Jahres-Interimsanalyse der prospektiven, multizentrischen Beobachtungsstudie TOP (Tysabri observational study) mit über 4.800 Patienten [Butzkueven H et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2014; 85: 1190–7]. 84% blieben über fünf Jahre progressionsfrei, bei 29% verbesserte sich der EDSS-Wert. Die Schubrate war abhängig von den vorangegangenen Schüben und Therapien: Bei Patienten mit maximal einem Schub im Vorjahr war die mittlere jährliche Schubrate signifikant geringer (0,23 vs. 0,38 bei mehr als einem Schub im Vorjahr). Mit der Anzahl der Vortherapien stieg die jährliche Schubrate von 0,18 (keine Vortherapie) auf 0,31 (mindestens zwei Vortherapien). „Je länger wir also warten, bis wir die Patienten auf ein hocheffektives Medikament wie Natalizumab umstellen, desto mehr Patienten verlieren wir“, kommentierte Tackenberg die vorgestellten Daten.

Michael Koczonek

Pressegespräch „Freiheit von Krankheitsaktivität: Stellenwert von Natalizumab in der MS-Therapie“, 1. EAN-Kongress, Berlin, 21.6.2015; Veranstalter: Biogen

Epileptischer Anfall: Bukkale Notfalltherapie ist sozial verträglicher

➔ Zur Unterbrechung eines epileptischen Anfalls sind bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren rektales Diazepam und bukkales Midazolam zugelassen. „In den letzten Jahrzehnten fand ein Paradigmenwechsel statt“, konstatierte Professor Ulrich Stephani, Kiel. „Die Anfallsfreiheit steht nicht mehr an erster Stelle. Anfälle werden zugelassen, wenn die Lebensqualität durch die Nebenwirkungen der Antiepileptika eingeschränkt wird“, so der Neuropädiater. Folglich gewinnt die Notfallmedikation an Bedeutung.

Mit dem bukkalen Midazolam (Buccolam®) steht eine anwendungsfreundliche Alternative zum rektal verabreichten Diazepam zur Verfügung. „Eine Gabe in die Bockentasche ist unkompliziert und vom sozialen Gesichtspunkt her kein Problem, im Gegensatz zu einer rektalen Anwendung“, erklärte Stephani. Zu diesem Schluss kommt auch ein aktueller Review, der rund 1.000 prolongierte epileptische Anfälle aus sieben Studien einschließt [Anderson M. Patient Preference and Adherence 2013; 7: 27–34]. In diesen Studien zeigte sich, dass bukkales

Midazolam mindestens genauso wirksam oder effektiver Anfälle unterbricht wie Diazepam. Gleichzeitig vermeidet es das soziale Stigma einer rektalen Applikation. „Daher empfiehlt die neue, demnächst publizierte S1-Leitlinie zur ‚Behandlung des Status epilepticus im Kindesalter‘ die bukkale Gabe von Midazolam als erste Wahl zur Anfallsunterbrechung bei Kindern jenseits des Klein-

kindalters,“ betonte Leitlinienkoordinator Professor Ulrich Brandl, Direktor der Abteilung Neuropädiatrie, Uniklinik Jena.

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Pressekonferenz „Update der Leitlinie zum pädiatrischen Status epilepticus: Bukkal beim ambulanten Anfall erste Wahl“, 9. Dreiländertagung Epilepsie-Liga, 24.4.2015 Dresden; Veranstalter: Shire Deutschland

MS-Therapie: Hirnatrophie als Therapiezielparameter

Bei Patienten mit Multipler Sklerose (MS) schreitet der Gewebeerlust im Gehirn und Rückenmark rascher voran als in der Normalbevölkerung. Die Hirnatrophierate ist mit 0,5% bis 1,0% pro Jahr etwa fünf- bis zehnmal höher als bei gesunden Kontrollen mit 0,1% bis 0,3% [Bermel RA & Bakshi R, Lancet Neurol 2006; 5 (2): 158–70]. Der Verlust ist gekennzeichnet durch im MRT nachweisbare Läsionen sowie durch diffuse Veränderungen der weißen und den Abbau der grauen Substanz. Er korreliert mit der Progression der Behinderung und kognitiven Defiziten (Abb. 1).

Weil der Volumenverlust bereits früh im Verlauf der Erkrankung beginnt – häufig schon vor dem Auftreten der ersten Symptome – ist die Hirnatrophie ein wichtiger prognostischer Marker der MS, der bereits im frühen Stadium der Erkrankung einen

Nachweis des neuronalen Abbaus ermöglicht. Als Schwellenwert einer pathologischen Gehirnatrophie gilt ein Verlust von mehr als 0,4% pro Jahr, wie Professor Eva Havrdová, Karls-Universität Prag, erklärte. Die Messung der Hirnatrophie spielt deshalb zunehmend eine wichtige Rolle, um die neuroprotektiven Effekte von Medikamenten auf das Hirn zu ermitteln. Neben der Freiheit von Schüben, Behinderungsprogression und MRT-Aktivität wird für das Behandlungsziel „Freiheit von Krankheitsaktivität“ (no evidence of disease activity, NEDA-3) daher zunehmend auch die Hirnatrophierate ($\leq 0,4\%/Jahr$) als vierter Parameter im Sinne eines NEDA-4-Konzepts herangezogen.

Als Medikament, das seine Wirkung auf alle vier Kriterien der Krankheitsaktivität nachgewiesen hat, steht der orale Sphingosin-1-Phosphat-Rezeptor-Modulator Fingolimod (Gilenya®) zur Verfügung. Das zeigt erneut eine aktuelle Post-hoc-Analyse der 2-Jahresdaten der Studie FREEDOMS [De Stefano N et al. AAN 2015; Poster P3.246], die Dr. Jaume Sastre-Garriga, vom MS-Centre of Catalonia, Barcelona, während der 1. EAN-Tagung in Berlin vorstellte. Patienten, die trotz einer krankheitsmodifizierenden Behandlung eine hohe Krankheitsaktivität zeigten, erreichten unter Fingolimod eine bis zu sechsmal höhere Wahrscheinlichkeit für NEDA-4 verglichen mit Placebo (Odds Ratio 6,35; 95%-KI: 3,02 – 13,35; $p < 0,0001$).

Michael Koczorek

Satellitensymposium „The unsolved mystery of MS: evolving the treatment paradigm to improve patients outcome“, 1. EAN-Kongress, Berlin, 21.6.2015; Veranstalter: Novartis Pharma

Auch an CIPD denken!

Wird ein Diabetiker mit sensiblen Ausfällen, Paresen oder Parästhesien vorstellig denkt die Mehrzahl der Neurologen zuerst an das Nächstliegende: die Diabetische Neuropathie – so das nicht überraschende Ergebnis einer repräsentativen Umfrage mit 60 Neurologen. Bis zu einem Drittel der Neuropathien bei Diabetikern hat jedoch eine andere Ursache als die Grunderkrankung Diabetes – darunter ist am häufigsten die chronisch-inflammatorisch demyelinisierende Polyneuropathie (CIPD). Die CIPD ist eine Autoimmunerkrankung des peripheren Nervensystems, deren Symptome denen anderer Neuropathien ähneln. An eine CIPD sollte man denken, wenn die Symptome einer Polyneuropathie sehr schnell (innerhalb von Monaten) auftreten, die Beschwerden vorwiegend proximal ausgeprägt sind und dazu die Muskeleigenreflexe abgeschwächt oder erloschen sind, erklärte Professor Franz Blaes, Neurologische Klinik am Klinikum Oberberg. Die CIPD lässt sich gut therapieren, etwa mit hochdosierten intravenösen Immunglobulinen wie Gamunex® 10%. Ärzte können per E-Mail (CIPD-diagnose@grifols.com) ein Lehrvideo zur klinischen und elektrophysiologischen Diagnose der CIPD bestellen.

Nach Informationen von Grifols

Antiepileptika und Kognition

Ein initialer Therapieerfolg mit Antiepileptika geht oftmals verloren, da Patienten unter Beeinträchtigungen ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit durch die Medikation leiden. Epitrack® ist ein Test, der rasch und einfach ermöglicht, Änderungen der Kognition durch Antiepileptika zu erkennen. Der von Professor Christoph Helmstaedter, Universitätsklinik für Epileptologie Bonn, entwickelte veränderungssensitive kognitive Screening-Test ist für die Praxis gut validiert und wird auch in klinischen Studien eingesetzt. In einer 32-wöchigen Studie wurde beobachtet, dass Lacosamid und Lamotrigin keine negativen Effekte auf kognitive Exekutivfunktionen haben, im Gegensatz zu Topiramid [Helmstaedter C et al. Epilepsy Behav 2013; 26 (2): 182–7]. EpiTrack® und EpiTrack® Junior können beim Außendienst angefordert werden und stehen zum Download unter www.neureca.de bereit.

Nach Informationen von UCB Pharma

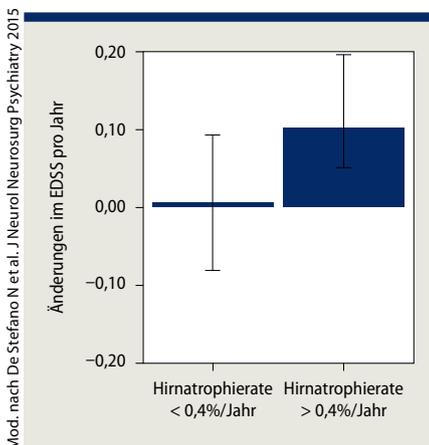
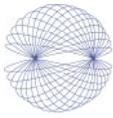


Abb 1: Liegt der jährliche Verlust an Hirnvolumen über 0,4% ist mit einer Progression der Behinderung gemäß EDSS (Expanded Disability Status Scale) zu rechnen.



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvdn.de

Vorstand/Beirat

1. Vorsitzender: Frank Bergmann, Aachen
Stellv. Vorsitzender: Gunther Carl, Kitzingen
Schriftführer: Roland Urban, Berlin
Schatzmeister: Gereon Nelles, Köln
Beisitzer: Christa Roth-Sackenheim, Andernach;
 Uwe Meier, Grevenbroich; Sabine Köhler, Jena;
 Gereon Nelles, Köln

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: Klaus Gehring
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:
 P. Christian Vogel, Gunther Carl
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,
 Moers; 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 Biniash, 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: bvdn.bund@t-online.de
Bankverbindung: Sparkasse Duisburg
 IBAN DE 0435050000200229227,
 BIC DUISDE 33 XXX
BVDN Homepage: <http://www.bvdn.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
Thüringen: Dirk Neubert
Westfalen: Martin Bauersachs

Übende Verfahren – Psychotherapie:

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 Biniash, 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: Egbert Wienforth
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.

Das erste Jahr der Mitgliedschaft ist beitragsfrei, sofern die Mitgliedschaft mindestens ein weiteres Jahr besteht.

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

Tel.-Nr. _____ Fax _____

E-Mail/Internet:

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

IBAN: _____

bei der _____ BIC _____

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.)