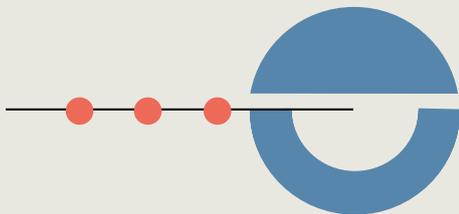
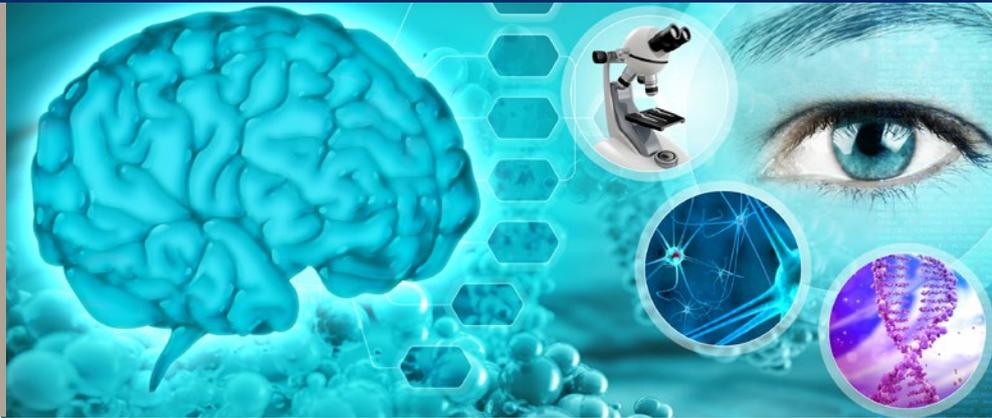


NEUROTRANSMITTER

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

BDN-Sonderheft
zum 89. Kongress
der DGN 2016

Mensch im Blick –
Gehirn im Fokus



Neurologie im Spannungsfeld von Wissenschaft und Wirtschaft

Positionspapier

Richtgrößen ersetzende Maßnahmen

Evaluation

Patient-reported outcome measures

Individualisierte MS-Therapie

Warum sind wir noch nicht am Ziel?

Hier steht eine Anzeige.





Dr. med. Uwe Meier
Vorsitzender des BDN



Prof. Dr. med. Christian Gerloff
Vorsitzender des BDN

Die Neurologie ist gut aufgestellt

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir freuen uns, Sie auf dem DGN-Kongress begrüßen zu dürfen, und möchten Sie mit dieser Sonderausgabe über ausgewählte, versorgungsrelevante Themen und unsere Verbandsarbeit informieren.

Die Neurologie ist gut aufgestellt. Das zeigt sich in dem umfangreichen Fortbildungsprogramm auf diesem Kongress, aber auch in den Versorgungsdaten. Die Neurologie gewinnt kontinuierlich an Bedeutung, was auch in den wissenschaftlichen Fortschritten, insbesondere den therapeutischen Möglichkeiten zum Ausdruck kommt. Dies freut uns natürlich, vor allem aber profitieren die Patienten. Gleichwohl machen es uns die versorgungspolitischen Rahmenbedingungen nicht leicht: Budgetzwänge, steigende Arzneimittelausgaben, Druck auf die Krankenhäuser und Überregulierungen sowie eine ausufernde Bürokratie erschweren uns zunehmend und nachhaltig den Alltag. Immer mehr ärztliche Ressourcen fehlen somit in der unmittelbaren Zuwendung zum Patienten.

Der Patient steht nur scheinbar im Mittelpunkt. Geld regiert die Welt – auch im Gesundheitssystem. Im Krankenhausalltag sind es unter anderem Kodierungsfragen, im ambulanten Sektor Richtgrößen und andere Bestimmungen, die immer mehr unser medizinisches Handeln bestimmen, an denen wir zu ersticken drohen. Allein die simple Frage der Verordnung von Krankengymnastik ist in einer 98 Seiten starken Richtlinie und in diversen rechtlich verbindlichen, zuweilen absurd anmutenden Zusatzdokumenten wie einer Exceltabelle geregelt, in der sämtliche Krankenkassen gelistet sind, die ein „Genehmigungsverzicht“ ausgesprochen oder gerade zurückgezogen haben.

Der Arzt wird immer mehr in das Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Wirtschaftlichkeit einbezogen, weshalb wir diesen Konflikt auch zu einem Schwerpunktthema in dieser Sonderausgabe gemacht haben. Wissenschaftlich müssen wir uns keine Sorgen machen. Die Leitlinien der DGN sind vorbildlich im Hinblick auf Qualität und Umfang. Doch auch hier

sind überall Fallen aufgestellt: Zu gern würden wir die Leitlinien im Arbeitsalltag umsetzen. Übergeordnet sind aber immer mehr AMNOG-Beschlüsse, Therapiehinweise und „Aufklärungsschreiben“ der Krankenkassen, weitgehend ohne klinische Expertise und direkten Bezug zum Patienten erstellt. Und die Leitlinienentwicklung selbst wird durch immer rigide Vorgaben im Umgang mit Interessenkonflikten behindert. Christoph Diener hat für uns in dieser Ausgabe die Situation zusammengefasst.

AMNOG-Beschlüsse beeinflussen zunehmend medizinische Entscheidungen der Fachärzte, die sich tagtäglich um das Wohl der Patienten bemühen. Dabei erfolgen sie praktisch ausschließlich auf der Grundlage von Gruppendaten, sprich Mittelwertvergleichen und ohne interne Evidenz, sprich eigene Erfahrungsbildung und klinische Expertise – das heißt ohne Patientenkontakt. Die Eliminierung von Erfahrungswissen im Medizinbetrieb stellt eine Bankrotterklärung dar. Auf welcher Grundlage kann ein Arzt sonst entscheiden, wann Studienwissen im Einzelfall anwendbar ist oder nicht?

Der Urvater der Evidenzbasierten Medizin, David L. Sackett, wurde nicht müde auf dieses Problem hinzuweisen. Er hat ebenfalls auch den möglichen Missbrauch der EBM durch „Einkäufern medizinischer Leistungen und Managern im Gesundheitswesen“ hingewiesen. Vielleicht können neue Methoden hier zwischen patientennaher Versorgung und Institutionen wie dem IQWiG oder G-BA vermitteln und individuelle Patientenfaktoren mehr Gewicht verleihen. PROMS – „Patient-reported outcome measures“ und über Biomarker individualisierte Medizin sind vielversprechende Themen, die uns vielleicht aus einem methodischen Mittelalter herausführen können. Zu diesen spannenden Themen finden Sie Artikel von Christian Gerloff und Stefanie Kürten.

Bis eine vielleicht auf der Grundlage von PROMS und Biomarkern und an individuelle Patientenfaktoren angepasste

„Externe klinische Evidenz kann Informationen zur Verfügung stellen, niemals aber die individuelle klinische Erfahrung und den Sachverstand ersetzen, und genau diese Erfahrung und dieser Sachverstand entscheiden darüber, ob die externe Evidenz auf den einzelnen Patienten tatsächlich zutrifft, und wie diese Evidenz gegebenenfalls in eine klinische Entscheidung einbezogen werden sollte.“

David L. Sackett et al. Evidenzbasierte Medizin, 1999

Methodik realisiert ist und in der Versorgung ankommt, wird es wahrscheinlich noch dauern. Bis dahin wird das tägliche, am einzelnen Patienten orientierte ärztliche Handeln weiterhin an Mittelwerten gemessen, und bei Abweichungen im Verordnungsverhalten droht erst Beratung, dann Regress. Dies kann bei der Verordnung von Arzneimitteln auch in Zukunft der Fall sein, wenn Richtgrößen abgeschafft und durch neue Prüfungsverfahren ersetzt werden, wie es der Gesetzgeber gefordert hat. Wir haben in dieser Ausgabe diese Problematik und unsere Forderungen zur Realisierung dargestellt.

Sorge bereitet auch die Entwicklung der DRG in der Neurologie. DGN und Berufsverbände haben aus diesem Grund eine Task force DRG gegründet, die hierzu strategisch tätig geworden ist. Auch zu den anderen honorarpolitischen Themen und zur Öffentlichkeitsarbeit finden Sie wie immer kurze Updates in dieser Ausgabe.

Gerne möchten wir Sie noch zu unserem BDN-Forum 2016 am Freitag den 23. September einladen. Wir haben die eingangs erwähnten Themen aufgegriffen und unser Forum wie folgt betitelt: „Stört der Patient? – Möglichkeiten einer patientenzentrierten Versorgung zwischen Rightcoding, Richtgrö-

ßen und Richtlinien“. Themen sind unter anderem partizipative Entscheidungsfindung von Patienten, Internetplattformen, Individualisierte Medizin und neue Versorgungsformen.

Last not least würden wir uns freuen, wenn Sie uns am Stand der Berufsverbände besuchen.

Wir wünschen den Kongressbesuchern eine gute Zeit. Diejenigen, die daheim bleiben mussten, verträsten wir mit der Lektüre dieser Sonderausgabe.

Mit herzlichen Grüßen

Hier steht eine Anzeige.



„Die Neurologie ist mehr als ein Job, sie kann eine Passion sein. Und offenbar weckt sie heute bei jüngeren Kollegen als Arbeitsfeld ein größeres Interesse als früher.“

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

Neurologie – the next generation

Mit Anglizismen soll man bekanntlich sparsam umgehen, doch wer auf die Entwicklung der Neurologie der vergangenen Jahre zurückblickt, kann mit Fug und Recht von einer echten „success story“ sprechen. Und diese reißt nicht ab. Nachdem sich die Neurologie in den 1990er-Jahren mit den Stroke Units fest in der akuten klinischen Versorgung verankert hat, stellen wir nach einigen forschungsintensiven Jahren derzeit zahlreiche therapeutische Fortschritte in der ganzen Breite unseres Faches fest. Und weil das Ganze mehr als nur die Summe seiner Teile ist, gewinnt die Neurologie nach meinem Empfinden eine neue Qualität: Ob bei Multipler Sklerose, Epilepsien, Parkinson-Krankheit, Schwindelsyndromen oder Migräne; die moderne neurologische Therapie gestaltet sich intensiver, individualisierter, invasiver. Bisweilen erleben wir sogar noch einen der immer selteneren Lazarus-Effekte der Heilkunst, wie die mechanische Thrombektomie beim Schlaganfall.

Wir stellen eine Transformation zur „next generation“ in der Neurologie fest: Eine Generation, die sich mit einem 360-Grad-Blick passioniert so wichtigen Versorgungsthemen wie der (Neuro-)Geriatric oder Notfallmedizin widmet, die Themen wie Transparenz und Unabhängigkeit der ärztlichen Tätigkeit auf ihre Fahnen schreibt und dennoch auf Augenhöhe etwa mit Industrieunternehmen forscht, da staatliche Ressourcen in vielerlei Hinsicht nicht ausreichen. Dieser Wandel ist deshalb möglich, weil wir es gewohnt sind, stets eng am Thema zu diskutieren, weil es viele hochspezialisierte Kollegen mit einem hohen wissenschaftlichen Anspruch gibt, aber gleichzeitig die Transmission von Wissenschaft in die Translation hin zur praktischen Anwendung kultiviert wird.

Der Ort, an dem dieser wertvolle fachliche Austausch einmal jährlich in der ganzen Vielfalt unseres Faches verwirklicht wird, ist der Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), zu dem ich auch Sie als Mitglied des Bundesverbandes Deutscher Neurologen (BDN) und des Bundesverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN) ganz herzlich einladen möchte!

Die neue neurologische Generation blickt nicht nur weiter in die fachliche Tiefe, sondern erfreulicherweise auch über den Tellerrand und damit in die breite Versorgung: Unsere neurologische Gemeinschaft wächst seit Jahren um jährlich etwa 6% – so schnell wie kein anderes klinisches Fach in Deutschland. Ende 2015 praktizierten in Deutschland laut aktueller Statistik der Bundesärztekammer 6.451 Neurologen in Kliniken und Praxen. Entsprechend erfreulich sind die Nachwuchszahlen: Im Jahr

2015 erhielten (im zweiten Jahr in Folge) rund 500 Kollegen ihre neurologische Facharztzulassung. Das sind 25% mehr als noch vor einem Jahrzehnt. Im gleichen Zeitraum ist die Anzahl der Medizinstudierenden lediglich um rund 10% gewachsen; die Neurologie gewinnt also schon an den Universitäten offenbar überproportional an Attraktivität.

Auch der ambulante Sektor ist im Wachsen begriffen – natürlich mit all den Limitierungen, die durch die begrenzten Budgets und den demografischen Wandel bedingt sind. Immerhin aber hat sich die Anzahl angestellter Neurologen in Praxen (und MVZ) in zehn Jahren vervierfacht, was unter dem Gesichtspunkt einer dichteren Versorgung sehr zu begrüßen ist – und mit Sicherheit auch der Lebensplanung der vielbesprochenen „Generation Y“ entgegenkommt. Ohne Frage, wir alle kennen das: Die Neurologie ist mehr als ein Job, sie kann eine Passion sein. Und offenbar weckt sie heute bei jüngeren Kollegen als Arbeitsfeld ein größeres Interesse als früher.

Den Zuwachs im ambulanten Bereich spürt auch die DGN an ihrer Mitgliederzusammensetzung: Viele Niedergelassene und ihre Angestellten haben in den vergangenen Jahren die DGN entdeckt – inzwischen arbeiten mehr als 20% aller Mitglieder mit Facharztzulassung ambulant. Traditionell besuchen überproportional viele Niedergelassene, nämlich rund ein Drittel aller Gäste, den DGN-Kongress, um sich über neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Trends zu informieren sowie die sponsorenfreien und hochkarätigen Fortbildungskurse der DGN zu nutzen.

Ein Thema des Kongresses liegt mir – genau wie zahlreichen Kollegen – sehr am Herzen: die Rolle unseres Faches in den Zeiten der Diktatur des Nationalsozialismus. Eine historische Phase, über die wir noch erstaunlich wenig wissen. Die Medizinhistoriker Professor H. Fangerau, Düsseldorf, Professor A. Karenberg und Dr. M. Martin, beide Köln, werden auf einem Symposium ihre neuen Erkenntnisse über diese Phase präsentieren. Auch dazu möchte ich Sie dringlich einladen, denn jede „next generation“ kann ihren Weg nur dann bewusst gestalten, wenn sie sich über ihre Herkunft ein umfassendes und ausgewogenes Bild machen kann.

Im Namen des Präsidiums der DGN.

Hier steht eine Anzeige.





Die Sonderausgabe zum DGN-Kongress

Der 89. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie findet vom 21. bis 24. September 2016 in Mannheim statt. Wie gewohnt geben wir Ihnen mit dieser NeuroTransmitter-Sonderausgabe Informationen und Hinweise zur Planung Ihres Kongressbesuchs.

Unser Themenschwerpunkt lautet diesmal „Neurologie im Spannungsfeld von Wissenschaft und Wirtschaft“ mit Beiträgen zur Leitlinienentwicklung, zur Evaluation medizinischer Leistungen, zur individualisierten MS-Therapie und einem wichtigen Positionspapier zu Richtgrößen ersetzenden Maßnahmen.

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, Grevenbroich

Telefon: 02181 7054811, Fax: 02181 7054822

E-Mail: umeier@t-online.de

Titelbild: © Paulista / Fotolia

3 Editorial

Die Neurologie ist gut aufgestellt

Uwe Meier, Grevenbroich, Christian Gerloff, Hamburg

5 Geleitwort

Neurologie – the next generation

Ralf Gold, Bochum

Der BDN

10 Vorgestellt – Ihre Ansprechpartner beim BDN

DGN-Kongresslotse

11 Der BDN auf dem DGN-Kongress

Einladung zum BDN-Forum und zur Mitgliederversammlung

Uwe Meier, Grevenbroich, Christian Gerloff, Hamburg

12 Das erwartet Sie in Mannheim

Höhepunkte und Empfehlungen zum DGN-Kongress 2016

Frank Miltner, München

43 Medizin für kluge Köpfe

Das Kongressprogramm der Jungen Neurologen

Neurologie im Spannungsfeld von Wissenschaft und Wirtschaft

14 Positionspapier „Richtgrößen ersetzende Maßnahmen“

Methodenkritik, Forderungen und Vorschläge zur wirtschaftlichen Verordnung

Uwe Meier, Grevenbroich, Gereon Nelles, Köln

26 Patient-reported outcome measures

Evaluation medizinischer Leistungen

Christian Gerloff, Hamburg

28 Die Zukunft der Leitlinienentwicklung

DGN-Leitlinienkommission

Hans-Christoph Diener, Essen, Günther Deuschl, Kiel, Frank Miltner, München, Christian Gerloff, Hamburg

30 Warum sind wir noch nicht am Ziel?

Individualisierte MS-Therapie

Damiano M. Rovituso, Stefanie Kürten, Würzburg

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

Hier steht eine Anzeige.



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

Herausgeber: Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN),
1. Vorsitzender: Dr. med. Frank Bergmann (fb), Kapuzinergraben 19,
52062 Aachen, Tel.: 0241 36330, Fax: -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) (v. i. S. d. P.), Friedenstr. 7,
97318 Kitzingen, Tel.: 09321 5355, Fax: -8930, E-Mail: carlg@t-online.de

Verlag: Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin

Ladungsfähige Anschrift und Kontaktdaten: Aschauer Str. 30,
81549 München, Tel.: 089 203043-1300, Fax: -1400,
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: -203043-31435, E-Mail: gunter.freese@springer.com, Dr. rer. nat. Carin
Szostekki (-1346), Dr. rer. nat. Thomas Riedel (-1327), Thomas Müller, Monika
Hartkopf (Chefin vom Dienst, -1409), Doris Gebhardt (Assistenz, -1450)

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. 18 vom 1.10.2015.

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 26 €, Jahresabonnement 216,58 € (für Studenten/
AIP: 129,95 €) jeweils zzgl. Versandkosten Inland 32 €, Ausland 51 €, inkl.
MwSt.. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im
Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder:
Jahresabonnement 52,88 € zzgl. Versandkosten (s. o.).

Copyright – Allgemeine Hinweise: Veröffentlicht werden nur Arbeiten und
Beiträge, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind.
Die Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob Urheberrechte Dritter berührt
werden. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Für unverlangt
eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Der
Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung
und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch
Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einspeicherung, Funk- oder
Fernsehaufzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten
zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern (CD-ROM etc.)
verwerten (Offline-Recht). Jede gewerblich hergestellte oder benutzte
Fotokopie verpflichtet nach § 54 (2) UrHG zur Gebührenzahlung an die VG
Wort, Abteilung Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München, von der die
Modalitäten zu erfragen sind. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen
Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme
der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des
Verlages strafbar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen,
Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne
besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im
Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu 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: KLIEMO Printing, Hütte 53, 4700 Eupen/Belgien

© Springer Medizin Verlag GmbH

ISSN 1436-123X



Rund um den Beruf

- 32 Update Berufspolitik**
Weiterhin in Arbeit – der EBM
Ein Trauerspiel seit Dekaden – die GOÄ
Gemeinsame Task force DRG nimmt Aktivitäten auf
Uwe Meier, Grevenbroich, Frank Bergmann, Aachen
- 33 Regionale ZNS-Thementage**
Unterstützung durch die Berufsverbände
- 34 Digital unterstütztes Versorgungsmanagement**
„Ambulanzpartner“ in der Neurologie
Thomas Meyer, Christoph Münch, Berlin

Neurologen im Netz

- 40 Seit einem Dutzend Jahren ...**
Öffentlichkeitsarbeit der NPIN
Uwe Meier, Grevenbroich
- 41 FortbildungsAkademie im Netz**
Online CME-Punkte sammeln
Sabine Ritter, München

Junge Neurologen

- 42 Zukunft braucht Neurologen**
Nachwuchsarbeit
Anne-Sophie Biesalski, Witten, Arne Hillienhof, Köln

- 9 Impressum**
- 39, 45 Buchtipps**
- 46 Pharmaforum**
- 50 Verbandservice**

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
Prof. Dr. med.
Christian
Gerloff

gerloff@
uke.de



2. Vorsitzender
Dr. med.
Uwe Meier

umeier@
t-online.de



Kassenwart
Dr. med.
Martin Delf

dr.delf@
neuroprax.de



Schriftführer
Prof. Dr. med.
Heinz Wiendl

heinz.wiendl@
ukmuenster.de

Beisitzer



Prof. Dr. med.
Wolfgang Freund

freund-ulm@
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

BDN-Geschäftsstelle



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



Thorsten
Seehagen
bdn-neurologen
@t-online.de

Kontakt

BDN-Geschäftsstelle, Gut Neuhof
Am Zollhof 2a
47829 Krefeld
Tel.: 02151 4546-920/-921,
Fax: 02151 4546-925
E-Mail: bdn-neurologen@t-online.de
bvdn.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.

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 Delf	dr.delf@neuroprax.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@nervnarzt-friedberg.de
Mecklenburg-Vorpommern	Dr. med. Katrin Hinkfoth	Katrin.hinkfoth@gmx.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	PD Dr. med. Matthias Nitschke	nitschke@neuro-im-zentrum-luebeck.de
Thüringen	Dr. med. Dirk Neubert	dirk@neubert.net
Westfalen	Dr. med. Martin Bauersachs	info@klemt-bauersachs.de



© m:com / Eduardo Perez

Einladung zum BDN-Forum und zur Mitgliederversammlung

Kaum eine Phrase wird so missbraucht wie der Patient, der angeblich immer im Mittelpunkt steht. Euphemismen sind symptomatisch für Realitätskrisen. Tatsächlich ist die gute Versorgung in der Klemme: Krankenhäuser stehen unter erheblichen wirtschaftlichen Druck, Verwaltungsdirektoren und Controller geben ex- oder implizit Vorgaben für medizinische Maßnahmen und Kodierungen. Auch im ambulanten Bereich geraten Leitlinien und Erfahrungswissen in den Hintergrund, Kennzahlen und Richtgrößen bestimmen hier zunehmend die medizinische Versorgung. Die Bedeutung von Fachgesellschaften und Experten wird marginalisiert, Institutionen im Auftrag von Politik und Krankenkassen geben vor, was für die Patienten richtig sein soll. Zwischen politischer Ideologie, wirtschaftlichen Zwängen und ausufernder Bürokratie stehen Ärzte an der Wand – und mit ihnen die Patienten. Jenseits von Resignation und Kapitulation thematisiert das BDN-Forum 2016 neue Wege einer teilhabe- und patientenzentrierten medizinischen Versorgung sowie die Möglichkeit einer wissenschaftlich orientierten individualisierten Therapie.

Wir laden Sie herzlich ein zu den Expertenvorträgen und zur gemeinsamen Diskussion sowie zur anschließenden Mitgliederversammlung am Kongress-Freitag

*Uwe Meier, Grevenbroich
Christian Gerloff, Hamburg*

Programm

Freitag, 23. September 2016, DGN(forum, Raum 3)

8.00 – 9.30 Uhr	BDN-Forum: Stört der Patient? – Möglichkeiten einer patientenzentrierten Versorgung zwischen Rightcoding, Richtlinien und Richtgrößen Vorsitz: C. Gerloff, Hamburg U. Meier, Grevenbroich
8.00 Uhr	Koordinierte Versorgung, Befähigung und Chancen individualisierter Therapien: Patientenzentrierte Versorgung von der euphemistischen Phrase zum Konzept U. Meier, Grevenbroich
8.10 Uhr	Partizipative Entscheidungsfindung in der Neurologie C. Heesen, Hamburg
8.20 Uhr	Ambulanz Partner – elektronische Versorgungsakte, Managementplattform und Bewertungsportal für Patienten mit schweren Erkrankungen T. Meyer, Berlin
8.30 Uhr	Tele-Clinic – Sprechstunde ohne Wartezeiten R. Meier, Ulm
8.40 Uhr	Individualisierte Therapie: schon Realität oder unerreichbare Fiktion? G. Gründer, Aachen
9.10 Uhr	Koordinierte Versorgung: Aktivitäten der Berufsverbände F. Bergmann, Aachen
9.20 Uhr	Diskussion
10.00 – 11.30 Uhr Raum 3	BDN-Mitgliederversammlung

89. DGN-Kongress 2016

Das erwartet Sie in Mannheim

89. Kongress
der DGN 2016
**Mensch
im Blick**
**Gehirn
im Fokus**

21. – 24. September | Mannheim



© mcon / Marius Müller

Von Schlaganfall über Demenzen, Multiple Sklerose und Epilepsie bis hin zur Neuroborreliose und seltenen genetisch bedingten Erkrankungen: Der 89. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie in Mannheim bietet vom 21. bis 24. September 2016 ein umfassendes Update des gesamten Spektrums der neurologischen Medizin.

Gastgeber im Congress Center Rosengarten sind der Kongresspräsident Professor Stefan Schwab, Direktor der Neurologischen Klinik am Universitätsklinikum Erlangen, Kongresssekretär Professor Hagen Huttner, Erlangen, sowie Professor Ralf Gold, Direktor der Neurologischen Universitätsklinik am St. Josef Hospital in Bochum und Präsident der DGN. Neben dem hochkarätigen wissenschaftlichen Programm gibt es Fortbildungskurse, berufspolitische Diskussionsrunden im DGN(forum sowie ein umfassendes eigenes Programm für den neurologischen Nachwuchs (siehe Seite 42 ff.).

Neuroökonomien, lernende Algorithmen, hochdotierte Preise

Ein Höhepunkt ist die festliche Eröffnungsveranstaltung (Donnerstag, 22. September, 10.30 bis 12.30 Uhr). Profes-

sor Christian Elger, Leitender Epileptologe der Universität Bonn, blickt in seinem Festvortrag „Neuroökonomie“ durch die Augen des Hirnforschers auf die Wirtschaft und zeigt zum Beispiel, warum wirtschaftliche Entscheidungen niemals „rein“ ökonomisch ausfallen, sondern immer ein Quantum Altruismus enthalten – solange Menschen sie treffen und nicht Computer. Professor Klaus-Robert Müller, Experte für Maschinelles Lernen von der TU Berlin, entführt das Auditorium in die Welt der IT. Er zeigt, wo Datenalgorithmen unseren Alltag bereits fest im Griff haben, und schlägt eine Brücke von den ersten Gehversuchen künstlicher Intelligenz vor 50 Jahren bis zu Computer-Hirnschnittstellen, mit denen Gelähmte kommunizieren oder einen Rollstuhl lenken können. Im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung werden auch der

nommierte Heinrich-Pette-Preis, die mit 50.000 € dotierte Thiemann-Fellowship sowie der Deutsche Journalistenpreis für Neurologie vergeben.

Chancen und Grenzen der invasiven Neurologie

Die Neurologie hat sich in den vergangenen beiden Jahrzehnten von einer diagnostischen Disziplin zu einer tragenden Säule der Patientenversorgung entwickelt – und ist mit einem jährlichen Zuwachs von etwa 6 % das am schnellsten wachsende klinische Fach in der Medizin. Für immer mehr Erkrankungen gibt es wirksame Therapien, und eine immer größere Rolle spielen dabei invasive Methoden unter Beteiligung der Neuroradiologie und Neurochirurgie. Der diesjährige Kongress nimmt die Chancen und Grenzen der invasiven Neurologie in den Fokus, insbesondere im Präsi-

ten-Symposium (22. September, 17.00 bis 20.00 Uhr). Zum Beispiel die Stammzelltransplantation bei der Parkinson-Krankheit: Erste Studien sind vielversprechend, aber wie sind diese Ergebnisse wissenschaftlich einzuordnen? Welches therapeutische Potenzial haben Stammzelltransplantationen in der Neurologie?

Diskutiert wird in Mannheim auch über chirurgische Eingriffe, die Patienten mit Epilepsie heilen können. Ein Beispiel sind die Tiefenelektroden – das stereotaktische Verfahren, um jene Zentren im Gehirn genauer zu lokalisieren, in denen die Epilepsie generiert wird.

Die Thrombektomie – die jüngste Revolution in der Akuttherapie des Schlaganfalls – ist ebenfalls Thema. Schlaganfall-Experten werden diesmal erörtern, wie die Strukturen in Deutschland angepasst werden müssen. Ebenfalls intensiv diskutiert wird das Thema Hirntod und das neue Gesetz zur Diagnostik. Es ist nicht nur eine ärztliche Herausforderung, es besitzt auch gesellschaftliche Relevanz.

In Mannheim wird die auf dem Kongress 2015 begonnene Diskussion über die Rolle der Neurologie in der NS-Zeit fortgesetzt. Die DGN hat hierzu eine wissenschaftshistorische Analyse in Auftrag gegeben. Erste Resultate werden in einem eigenen Symposium von Medizinhistorikern der Universitäten Köln und Düsseldorf vorgestellt. Dabei geht es unter anderem um die biografischen Brüche in drei exemplarischen Lebensläufen von Neurologen der NS-Zeit.

Neu: Symposium der Posterpreisträger des Vorjahres

Die wissenschaftlichen Beiträge der großen Posterausstellung werden in zwei klassischen Posterführungen präsentiert. Die DGN vergibt jedes Jahr pro Posterthema einen Posterpreis. Neu in 2016 ist das Preisträger-Symposium (23. September, 16.00 bis 18.00 Uhr), auf dem ausgewählte Posterpreisträger des Vorjahres die Möglichkeit haben, ihre prämierte Forschungsarbeit in einem Vortrag vorzustellen. Das Symposium soll die Arbeit des klinischen Forschungsnachwuchses auf besondere Weise würdigen und ihm mehr Aufmerksamkeit in der Fachöffentlichkeit verschaffen.

DGN-Fortbildungsakademie: unabhängig, anspruchsvoll

Die renommierte DGN-Fortbildungsakademie – eine der größten Anbieter unabhängiger ärztlicher Fortbildungen in Deutschland – hat in diesem Jahr 55 Kurse mit mehr als 270 Vorträgen im Programm. Alle Fortbildungen sind frei von kommerziellen Sponsoren, die Redner arbeiten ehrenamtlich. 2016 werden unter anderem angeboten: der Hands-on-Kurs „Schwindel und Augenbewegungsstörungen – Diagnose und Therapie“ sowie das Basisseminar zur Vermittlung theoretischer Grundlagen und praktischer Fähigkeiten der „Flexiblen endoskopischen Evaluation des Schluckaktes“ (FEES) bei neurogener Dysphagie. Auch den von der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) zertifizierten Hands-on-Botulinumtoxin-Einsteigerkurs gibt es wieder. Politisch aktuell ist der Kurs „Hirntoddiagnostik“ – 2015 hatte die Fortbildungsakademie damit auf die neue Richtlinie der Bundesärztekammer reagiert. Aufgrund der großen Nachfrage erweitert die Fortbildungsakademie den Kurs in diesem Jahr zum Halbtageskurs. Neu ist das Seminar „Differenzialdiagnose von Hirnstammerkrankungen“. Hier haben sich die diagnostischen Möglichkeiten in den letzten Jahren erheblich erweitert. Der neu konzipierte Hands-on-Kurs „Praktische Epileptologie“ adressiert praktische Belange der Epileptologie.

DGN(forum): Neurologie im Diskurs

Die Diskussionsveranstaltungen im DGN(forum auf der Bühne des Mozartsaals ergänzen das Wissenschafts- und Fortbildungsprogramm um Themen der Arbeitswelt, der Berufspolitik, des Nachwuchses, der Öffentlichkeitswirkung und der strategischen Ausrichtung der Neurologie. Diskutiert werden Themen wie „Herausforderungen der Neurologie in der Zentralen Notaufnahme“, „Online-Neurologie – helfen Telemedizin, Apps & Co. Wirklich?“ oder „Neurowissenschaftliche Begutachtung – zwischen Sozialrecht und Kriminalistik“. Das Diskussions- und Vortragsprogramm bietet Gelegenheit zum Meinungsaustausch mit Kollegen, führenden Experten, dem DGN-Vorstand und anderen Fachgesell-

schaften. Auf dem Marktplatz des DGN(forum finden Sie die Informationsstände von DGN, Jungen Neurologen, des Stellenmarkts Neurologie der DGN und Non-Profit-Organisationen. Im Lounge-Bereich ist genug Platz zum Kennenlernen und fürs Networking.

Forschung mal anders: „Science Slam“

Erstmals veranstaltet die DGN einen „Science Slam“ (dt.: Wissenschaftswettbewerb) – sowohl für interessierte Laien als auch für Fachbesucher (23. September von 19.00 bis zirka 21.00 Uhr im Dorint-Kongresshotel direkt neben dem Kongresszentrum). Vom Doktorand bis zum Professor werden Neurologen mit kurzweiligen Präsentationen um die Gunst des Publikums streiten. Neben aktuellen und hochkarätigen Forschungsthemen können sich die Besucher auf wortwitzige, fingerfertige und mitunter sogar jonglierende Unterhaltung freuen – unter anderem mit Inhalten aus der kognitiven Neurobiologie, Schmerzmedizin und der Immuntherapie bei Hirntumoren. Moderiert wird der Abend von Dong-Seon Chang, Doktorand am Max-Planck-Institut in Tübingen und Bundessieger im deutschlandweiten Science-Slam-Wettbewerb „Die digitale Gesellschaft“. Am Ende prämiert das Publikum den besten „Slammer“.

Auch in den sozialen Medien

Unter dem Hashtag #dgnkongress twittert die DGN in diesem Jahr erstmals alle wichtigen Neuigkeiten und Termine – vor und während des Kongresses. Auch Besucher können ihre persönlichen Eindrücke vom Kongress teilen. Auf Facebook ist der DGN-Kongress ebenfalls mit aktuellen Informationen und täglichen Impressionen vertreten.

Alle Informationen zum Kongressprogramm, zur Registrierung und Buchung von Fortbildungskursen finden Sie unter www.dgnkongress.org. Hier können Sie auch den Kongress-Newsletter bestellen, um ständig aktuelle Informationen zum Kongress zu erhalten.

AUTOR

Frank Miltner, Pressestelle der DGN

Positionspapier „Richtgrößen ersetzende Maßnahmen in der Neurologie“

Methodenkritik, Forderungen und Vorschläge zur wirtschaftlichen Verordnung

Neurologische Therapieentscheidungen sollten sich primär an Leitlinien und individuellem Patientennutzen orientieren, müssen aber auch wirtschaftlich sein. Während Leitlinien methodisch transparent erstellte Empfehlungen darstellen, sind die medizinischen Aspekte von Wirtschaftlichkeitsprüfungen zuweilen nur scheinbar rational und können für den verordnenden Arzt nicht nur existenzbedrohend sein. Auch Patientenorientierung und Therapiefreiheit sind gefährdet. Der Gesetzgeber wollte mit Richtgrößen ersetzenden Maßnahmen mehr Sicherheit schaffen. Wir stellen die Hintergründe dar und zeigen, wie leitlinienbasierte Medizin, Patientenorientierung und Wirtschaftlichkeit vereinbar sind.

Basis für Therapieentscheidungen bei neurologischen Erkrankungen sind neben dem wissenschaftlich begründeten Stand des Wissens (wissenschaftliche Leitlinien) die fachliche Qualifikation und die Erfahrung der behandelnden Ärzte. Die Integration dieser als extern und intern bezeichneten Evidenz bildet den Grundgedanken der evidenzbasierten Medizin nach Sackett. Weitere wichtige Entscheidungsgrundlagen für jeden Arzt sind aber individuelle Patientenfaktoren und nicht medizinische Kriterien wie Zulassungsstatus, Gesetze und Richtlinien. Schließlich muss die Therapieentscheidung auch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen berücksichtigen.

Bei der Auswahl von Therapien können wissenschaftliche Evidenz und gesetzliche Forderungen im Widerspruch zueinander stehen. So können individuelle Patientenfaktoren wie Komorbiditäten, Unverträglichkeiten oder auch psychosoziale Teilhabeaspekte zum Abschluss einer Therapie führen, die wissenschaftlich zwar gut belegt ist und als Leitlinie empfohlen wird, aber im Einzelfall hohe Risiken bergen würde. Das Ausmaß der möglichen Konflikte zwischen wissenschaftlicher Evidenz einerseits sowie individuellen medizinischen und nicht medizinischen Aspekten andererseits hängt vor allem von der Komplexität einer Therapieentscheidung ab.

Kurzfristig angelegte Therapien mit einer breiten Auswahl preiswerter generischer Medikamente stellen in der Regel kein Problem dar. Längerfristig angelegte Therapien mit vielschichtiger individueller Nutzen-Risiko-Bewertung und hohen Kosten erfordern dagegen besondere Aufmerksamkeit.

Therapieentscheidungen bei den häufigen neurologischen Krankheiten sind meist hochkomplex. Grund dafür ist der chronische Verlauf. Neurologische Krankheiten führen oft zu schweren Behinderungen, auch schon in jungen Jahren. Die Vermeidung von Progredienz oder von Komplikationen sind neben Teilhabeaspekten wichtige Therapieprinzipien, die zum Beispiel bei Multipler Sklerose, Morbus Parkinson (siehe rechte Seite) oder Demenz allgemeingültig formuliert werden können.

Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfung

Richtgrößen definieren eine durchschnittliche Obergrenze von Arzneimittelausgaben je Patient und Kalenderjahr. Die Richtgrößen beziehen sich auf eine Gruppe von Patienten und geben das durchschnittliche Verordnungsvolumen je Fall an. Die Obergrenze ist im Einzelfall nicht entscheidend: Ein überdurchschnittlicher Verbrauch bei einem Patienten kann durch einen unterdurchschnittlichen Verbrauch in einem anderen Fall ausgeglichen werden.



Neurologie im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Wirtschaftlichkeit – davon ist vor allem die Arzneimitteltherapie betroffen

© Paulista / Fotolia

Beispiel Multiple Sklerose

Multiple Sklerose ist mit bis zu 200.000 Betroffenen in Deutschland die häufigste chronisch entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems. Die Entzündungen schädigen Nervenzellen und Nervenfasern. Dies führt im Verlauf zu schwerwiegenden neurologischen Funktionsstörungen und Behinderungen. Wesentliche Forschungsergebnisse der letzten 20 Jahre haben dazu geführt, dass die MS heute in der Mehrzahl der Fälle eine beherrschbare Krankheit ist, auch wenn eine Heilung weiterhin nicht möglich ist.

Der Hauptgrund, warum Betroffene ein weitgehend normales Leben führen können, ist die verbesserte medikamentöse Therapie bei der schubförmigen MS. Die medikamentösen Therapien sind wirksamer und präziser, allerdings auch risikoreicher, vor allem aber vielfältiger geworden. Durch das breite Spektrum medikamentöser Therapien können jetzt viel mehr Patienten als noch vor zehn Jahren behandelt werden. Für die individuelle Auswahl einer MS-Therapie sind Sicherheit, Wirk-

samkeit und Verträglichkeit die entscheidenden Kriterien. Diese Merkmale können sich in ihrer Wichtigkeit von Fall zu Fall erheblich voneinander unterscheiden. So kann bei vielen Patienten durch hochwirksame Therapien eine psychosoziale Teilhabe und angemessene Lebensqualität auch über längere Zeiträume sichergestellt werden. Das Therapieziel lautet in diesem Zusammenhang die (größtmögliche) Freiheit von Krankheitsaktivität. Unterbleibt die Therapie, besteht die Gefahr einer sehr belastenden und lebensqualitäts-einschränkenden Krankheitsaktivität und der Progression der Behinderung.

Fragen von Compliance und Adhärenz sind in diesem Zusammenhang kritische Erfolgsfaktoren, werden aber häufig unterschätzt. So konnte gezeigt werden, dass bis zu zwei Drittel aller Patienten mit einer Interferon-Therapie deren Nebenwirkungen so belastend empfinden, dass sie die Therapie nicht wie vereinbart umsetzen. Eine Therapieentscheidung allein auf der Grundlage von Studienda-

ten oder von wirtschaftlichen Überlegungen ist vor diesem Hintergrund wenig zielführend.

Andere Therapien mit hoher Wirksamkeit aber potenziell schweren und lebensbedrohlichen Nebenwirkungen machen eine individuelle Risikobewertung unter Berücksichtigung von Grundüberzeugungen des Patienten erforderlich. Die unterschiedliche Risikobereitschaft bei Nichtbehandlung und in Bezug auf schwere Nebenwirkungen bei hochwirksamen Therapien erfordern eine intensive Aufklärung, ein hohes Maß an Befähigung des Patienten und eine partizipative Entscheidungsfindung. Neben psychologischen Faktoren spielen hierbei psychosoziale Teilhabe, Bildung und Beruf eine wesentliche Rolle. Deswegen braucht die MS-Therapie einen Zugriff auf das gesamte Spektrum der verfügbaren Substanzen, der nicht durch medizinische Argumente beeinträchtigt ist. Steuerungssysteme für die Arzneimittelverordnung dürfen die Vielfältigkeit alternativer Behandlungsmöglichkeiten nicht einschränken.

Beispiel Morbus Parkinson

In Deutschland leiden etwa 300.000 bis 400.000 Menschen an der Parkinson-Krankheit. Der Zeitpunkt der Erkrankung, Ausprägung, Krankheitsverlauf und Schwere sind dabei höchst unterschiedlich. Heute steht zumindest in den ersten Jahren bis Jahrzehnten des Krankheitsverlaufs eine Vielzahl gut wirksamer und verträglicher Medikamente zur Verfügung. Sie müssen oft schon frühzeitig kombiniert und den individuellen Tagesschwankungen angepasst werden. Aufgrund geringer Halbwertszeiten und wegen unterschiedlicher Zielsymptome sind Medikamentenpläne von Parkinson-Patienten oft äußerst komplex und mit bis zu sieben und mehr, zum Teil uhrzeitgenauen Einnahmezeitpunkten versehen. Da die Inzidenz im Alter zunimmt, kommen häufig Probleme der Multimorbidität und der Polypharmazie hinzu. Aufgrund einer mit der Krankheitsprogredienz einhergehenden sinkenden Wirksamkeit und engeren therapeutischen Breiten der Pharmakotherapie kommen in späteren Krankheitsstadien auch noch operative Verfahren wie die Tiefenhirnstimulation oder Spritzenimplantationen zum Einsatz. Die uhrzeitgenauen individuellen Therapiepläne und die Multimorbidität führen regelhaft zu Abweichungen realer Versorgungssituationen von standardisierten Studienprotokollen.

In diesem Zusammenhang stellt der Austausch von Generika ein Patienten und Neurologen bekanntes Problem dar. Die Deutsche Parkinson Vereinigung (DPV) hat dazu eine Umfrage bei ihren Mitgliedern durchgeführt, an der über 2.500 Betroffene teilnahmen. Bei über 1.800 Patienten wurden Medikamente aufgrund von wirtschaftlichen Vorgaben über zweimal pro Jahr ausgetauscht, 788 Patienten klagten im Rahmen des Austausches über Schlafprobleme, 588 über eine schwächere Wirkung, 452 über eine kürzere Wirkung und 380 Patienten über Übelkeit. Auch wenn diese Studie weder repräsentativ noch kontrolliert ist, bildet sie die Probleme der gesetzlichen Vorgaben in der Versorgungsrealität ab. Ein Teil der im Zuge der Umstellung aufgetretenen Beschwerden lässt sich ohne weiteres über unterschiedliche Galeniken und Bioverfügbarkeiten und den damit verbundenen Wirkungsverlusten oder -steigerungen, Wirkverzögerungen oder -beschleunigungen beziehungsweise verstärkten oder zusätzlichen Nebenwirkungen erklären. Bei den in der Regel mühsam erstellten individuellen Therapieplänen führen diese Umstellungen bei den ohnehin schon stark in der Lebensqualität eingeschränkten Patienten zu weiteren Beeinträchtigungen, die keine Bagatellen sind und sicher vermeidbar wären. Die Umstellung von in der Regel mehre-

ren Präparaten erfolgte dabei durch den Apotheker aufgrund von Rabattverträgen mit den Krankenkassen, also nicht aufgrund medizinischer Überlegungen. Auf eine Initiative der DPV hin, haben 60.000 Bürger aus diesem Grund eine Petition im Deutschen Bundestag eingereicht, wonach Parkinson-Patienten von der Austauschpflicht ausgenommen werden sollen. Diese Petition wurde mit dem Argument abgelehnt, dass kein Änderungsbedarf gesehen werde, weil der G-BA „die Verträglichkeit eines einzelnen Medikaments gewissenhaft prüfe“. Die Begründung der Ablehnung zeigt exemplarisch ein methodisches Dilemma: Der G-BA kann natürlich nur eine Mittelwertbetrachtung vornehmen, der Arzt hingegen behandelt keine Mittelwertpatienten, sondern Individuen. Er kann und darf von Patienten beklagte objektivierbare Beschwerden wie Übelkeit/Erbrechen oder Wirkungsverluste nicht ignorieren. Hier wird ein zwar transparentes Verfahren zugrunde gelegt, das für den Wirksamkeitsvergleich von Interventionen geeignet sein mag, aber nicht eins zu eins auf eine individuelle Behandlungssituation übertragbar ist. Ein wichtiger und notwendiger Aspekt der evidenzbasierten Medizin, nämlich die unverzichtbare Integration von Erfahrungswissen, wird stillschweigend eliminiert und politisch instrumentalisiert.

Krankenkassen und KVen verhandeln jährlich das vorgesehene Ausgabenvolumen für Arzneimittel innerhalb eines KV-Bereiches. Das jeweilige Richtgrößenvolumen einer Praxis errechnet sich aus den Richtgrößen und den Fallzahlen der Praxis. Wird im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung eine Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % festgestellt, muss der Arzt das Vorliegen besonderer Umstände nachweisen, die zu der Überschreitung geführt haben. Kann der Arzt diesen Nachweis nicht liefern, muss er den Krankenkassen die Mehrausgaben erstatten (Regress). Wenn in einer Praxis durch Schwerpunktbildung in speziellen Indikationen überdurchschnittliche Behandlungskosten anfallen, kann eine Praxisbesonderheit gewährt werden und vor einem Regress schützen.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurden die Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen weiterentwickelt. Insbesondere wurde der Grundsatz „Beratung vor Regress“ gestärkt und die Anerkennung von Praxisbesonderheiten vereinheitlicht und erleichtert. Die bundesgesetzlich vorgegebene Richtgrößenprüfung im Arznei- und Heilmittelbereich soll zum 1. Januar 2017 durch regionale Vereinbarungen ersetzt werden (Richtgrößen ersetzende Maßnahmen). Die Landesverbände der Krankenkassen und die Länder-KVen verhandeln jetzt auf Regionalebene die Prüfungsarten und -kriterien und legen diese in Prüfvereinbarungen fest. Damit sollen regionale Gegebenheiten im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung berücksichtigt werden.

Ablauf der Umstellung

Die Umstellung erfolgt in mehreren Schritten: Bis Ende Oktober 2015 legten die KBV und der GKV-Spitzenverband einheitliche Rahmenvorgaben für den Mindestumfang der regionalen Prüfvereinbarungen fest. Dabei sollten die Vertragspartner auch ein Verfahren angeben, mit dem der Grundsatz „Beratung vor Regress“ auch in den auf regionaler Ebene zu vereinbarenden Prüfungsarten sicherzustellen ist, sofern statistische Prüfungsmethoden gewählt werden. In der Folge sollten dann bis Ende Juli 2016 die konkreten regionalen Prüfvereinba-

rungen durch die Landesverbände der Kranken- und Ersatzkassen sowie die KVen auf Landesebene vereinbart werden. Eingeplant sind jeweils auch Zeiten, in denen bei Nichteinigung ein Schiedsamt tätig werden kann. Ab Januar 2017 haben die Prüfungen dann nach den neuen regionalen Prüfvereinbarungen zu erfolgen. Bis dahin und auch wenn eine Einigung auf regionaler Ebene nicht rechtzeitig zustande kommt, gelten die bisherigen Regelungen bis zu ihrer Ablösung durch die regionalen Prüfvereinbarungen fort.

Methoden der Arzneimittelsteuerung und Methodenkritik

Aktuell gibt es zwei Regelungen um das wirtschaftliche Verordnungsverhalten des Arztes zu überprüfen: Richtgrößen und Quoten. Diese werden alleine oder in verschiedenen Kombinationen als Grundlage für Wirtschaftlichkeitsprüfungen herangezogen. Neben den aktuellen Regelmechanismen werden im Moment noch verschiedene andere Modelle für die ab 2017 geltenden Methoden zur Arzneimittelsteuerung diskutiert. Nachfolgend werden verschiedene Methoden vorgestellt und deren Vor- und Nachteile erläutert.

Richtgrößen

Eine Richtgröße ist definiert als Euro-Betrag pro Quartal pro Patient und – je nachdem, wie diese im jeweiligen KV-Gebiet gebildet ist – je Versichertenstatus beziehungsweise Altersgruppe. Die Richtgröße ist ein Durchschnittswert, der für die Behandlung eines Patienten einer Fachgruppe anfällt. Indikation oder Schwere der Erkrankung spielen hierbei keine Rolle. Die Höhe der Richtgröße sollte sich an den aktuellen Ausgaben orientieren, meistens wird der Betrag jedoch hochgerechnet oder zwischen KV und Krankenkassen verhandelt. Hieraus ergibt sich der Nachteil von Richtgrößen: Es wird weder ein Bezug zu medizinischen Standards hergestellt, noch berücksichtigen Richtgrößen die individuelle Ausrichtung oder die Struktur (Alter, Schwerpunktkategorien etc.) einer Praxis. Es wird lediglich davon ausgegangen, dass der Durchschnitt aller Ärzte einer Fachgruppe alle Patienten wirtschaftlich behandelt. Gerade bei

Schwerpunktbildungen spiegeln Richtgrößen nicht die Versorgungsrealität des einzelnen Arztes wider und können kein Maßstab für Wirtschaftlichkeit sein. Die Definition von Praxisbesonderheiten konnte hier gegensteuern. Einheitliche und transparente Regeln gab es bei der Definition hingegen nicht. Andererseits kann es in Hinblick auf neue, Arzneimittel steuernde Maßnahmen als Vorteil gewertet werden, dass Richtgrößen leicht verständlich sind und der Umgang mit ihnen seit Jahren bekannt ist.

Quoten

Quoten oder Ziele geben einen prozentualen Anteil einer oder auch mehrerer Wirkstoffe an einer Wirkstoffgruppe oder innerhalb einer Indikation oder auch Teilindikation an, der erreicht oder nicht überschritten werden sollte. Der prozentuale Anteil kann in DDD („Defined Daily Dose“, vgl. S. 19), Anzahl Patienten, Verordnungen oder Arzneimittelkosten angegeben werden. Eine weitere Möglichkeit zur Bildung einer Quote ist zum Beispiel eine „Aut-idem“-Regelung (Beispiel: Sind bei 90 % aller Verordnungen die Aut-idem-Kreuze nicht gesetzt, wird nicht geprüft.).

Beispiele für Quotenregelungen sind:

– **Generikaziele:** Diese geben den Anteil zu verordnender Generika innerhalb einer Wirkstoffgruppe vor. Im reinen Generikamarkt sind diese Regelungen aber seit der Verpflichtung der Apotheker zum Austausch auf ein rabattiertes oder günstigstes Arzneimittel überholt. Im Bereich der Biologika gibt es aber solche Quoten durchaus noch (z. B. „Anteil der biosimilaren Infiximab-haltigen Arzneimittel an der gesamten Gruppe des Wirkstoffs Infiximab“).

– **Leitsubstanzziele:** Am bekanntesten sind die im Jahr 2006 eingeführten „Leitsubstanzregelungen“ mit ihren Zielquoten beziehungsweise Zielen. Gedacht waren die Quoten mit Leitsubstanz, um innerhalb einer Wirkstoffgruppe mit möglichst hohem Generikaanteil die Verordnungen von günstigen Generika zu stützen und damit die Ausgaben für Verordnungen von Arzneimitteln dieser Wirkstoffgruppe zu senken. Inzwischen gibt es aber auch Quoten/Ziele, die

Hier steht eine Anzeige.



sich nicht auf eine Wirkstoffgruppe, sondern auf ein Indikationsgebiet beziehen. Leitlinien und patientenindividuelle Faktoren wie Verträglichkeiten oder unterschiedliche Wirkansätze bleiben hier unberücksichtigt.

— **Allgemeine Quoten:** Neben den oben genannten Regelungen gibt es noch allgemein gehaltene relativ einfach gehaltene Quoten, wie eine „Aut-Idem-Quote“ oder auch „Anteil Generika im generikafähigen Markt“.

Durch die verschiedenen Gestaltungsbeziehungsweise Definitionsmöglichkeiten von Quoten oder Zielen ist eine Vergleichbarkeit so gut wie unmöglich. Zwar ist die Definition innerhalb eines KV-Gebietes meist gleich, variiert aber von KV zu KV. So hat etwa die KV Nordrhein eine Quote für den Anteil von Interferon beta-1a (Avonex®, Plegridy®, Rebif®) bezogen auf alle Interferon beta-Substanzen und Copaxone festgelegt. Danach darf der Kostenanteil von Interferon beta-1a-Verordnungen höchstens 42,5 % des Gesamtkostenvolumens (Summe aus Kosten für Betaferon®, Extavia®, Avonex®, Plegridy®, Rebif® und Copaxone®) betragen.

Bei den Quoten ergibt sich der Nachteil, dass es sich um wie auch immer festgesetzte Ziele handelt, die für alle Ärzte einer Fachgruppe gelten, ohne auf die individuelle Praxisstruktur des einzelnen Arztes Rücksicht zu nehmen. Ein weiterer großer Nachteil besteht dann, wenn Quoten nicht nur innerhalb einer Wirkstoffgruppe, sondern in Indikationen oder Teilindikationen vereinbart werden. Hierbei werden weder Leitlinien noch medizinischer Fortschritt berücksichtigt. Die meisten Quoten orientieren sich auch an möglichen Kosteneinsparungen und schränken so möglicherweise den Zugang für Patienten zu kostenintensiveren oder neueren, besseren Therapiealternativen ein oder setzen den behandelnden Arzt dem Spagat zwischen effektiver patientenindividueller Behandlung versus Quotenverfehlung/Wirtschaftlichkeitsprüfung aus. Weiter ist es für den Arzt nicht möglich, sich selbst über seine aktuelle Quote zu informieren. Hier ist er auf die Informationen seiner KV angewiesen und muss diesen Daten Glauben schenken, ohne die Berechnungen selbst nachvollziehen zu

können. Ein großer Nachteil liegt überdies in der nachfolgenden Anpassung der Quoten. Hier muss davon ausgegangen werden, dass die Quoten immer enger geschnürt werden und damit alle vorher genannten Nachteile immer deutlicher zutage treten.

Ein möglicher Vorteil könnte in der Bildung von einfachen Quoten wie etwa einer „Aut-idem“-Regelung bestehen. Diese Regelung ist für jeden verständlich einzuhalten (ohne Taschenrechner neben dem Verordnungsblock) und lässt genügend Spielraum für die individuelle Behandlung jedes Patienten nach dem aktuellen medizinischen Standard.

Medizinische Leitlinien

Medizinische Leitlinien sind systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Sie stellen eine – nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen – bestimmte ärztliche Vorgehensweise dar und sollen regelmäßig auf Aktualität hin überprüft und bei Bedarf fortgeschrieben werden. Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Beispiele: Leitlinien der DGN, Leitlinie zur Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose (AWMF-Registernummer: 030/050).

Richtlinien

Eine Richtlinie ist eine Handlungs- oder Ausführungsvorschrift einer Institution oder Instanz, jedoch kein förmliches Gesetz. Im medizinischen Bereich werden rechtliche Richtlinien von einem dazu ermächtigtem Gremium, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen. Hierunter fällt zum Beispiel die Arzneimittelrichtlinie, die unter anderem Therapiehinweise und die Beschlüsse zum AMNOG-Verfahren umfasst. Im Vergleich zur Leitlinie ist eine Richtlinie keine Empfehlung, sondern eine Handlungsanweisung mit bindendem Charakter.

Wirkstoff AKTUELL

Die KBV publiziert in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft „Wirkstoff AKTUELL“. Die Publikationen enthalten Hinweise zu Indikationen, therapeutischem Nutzen und Preisen von zugelassenen Arzneimitteltherapien und nehmen Bezug auf die Leitlinien, die Beschlüsse des G-BA und die Kosten der Therapieoptionen. Beispiel: Wirkstoff AKTUELL 1/2016 „Immuntherapeutika, Schubförmig remittierende Multiple Sklerose“.

Therapieleitfaden

Außer den im Konsens erarbeiteten Leitlinien gibt es in einzelnen KV-Gebieten Ansätze, eigene „Therapieleitfäden“ zu entwerfen, um bei deren Nichteinhaltung dem Arzt eine unwirtschaftliche Verordnung zu unterstellen, beziehungsweise wird bei Nichteinhaltung eine explizite Begründung für jeden Patienten notwendig. Diese KV-spezifischen Leitfäden entsprechen inhaltlich nicht unbedingt den wissenschaftlichen Leitlinien, sondern können zum Teil erheblich von diesen abweichen. Das Zustandekommen der individuellen KV-spezifischen Leitfäden ist zumeist intransparent, die Einholung von ärztlicher Expertise oft fraglich, meist liegen ihnen auch Kostenüberlegungen zugrunde. Zudem ist der rechtliche Status der Therapieleitfäden unklar.

Ein möglicher Vorteil dieses Prozedere wäre das Abrücken von Durchschnittswerten und rein statistischer Vorgehensweise. Es nimmt Rücksicht auf die individuelle Praxisstruktur, da je Patient und Indikation die Wirtschaftlichkeit beurteilt wird. Als großer Nachteil ist die Einmischung der Prüfgremien in die individuelle Behandlung und das Arzt-Patienten-Verhältnis zu sehen. Und noch ein weiterer Nachteil liegt in den abgeänderten KV-spezifischen Vorgaben, die Änderungen in den Therapieoptionen und auch in den medizinischen Leitlinien nur schleppend, wenn überhaupt übernehmen. Auch ergibt sich die Frage, wie solche Vorgaben überprüft werden sollen. Muss der Arzt, der unter dem Verdacht der Unwirtschaftlichkeit steht, womöglich die Behandlung jedes einzelnen Patienten aus-

fürlich darlegen, am besten noch mit Befunden und Briefen von mitbehandelnden Kollegen?

Durchschnittswerte je Indikation („Morbidity related groups“, MRG)

In einigen KV-Gebieten erwägen die Institutionen zukünftig die Wirtschaftlichkeitsprüfung auf Basis von Durchschnittskosten je Indikation durchzuführen. Für die Berechnung dieser „Durchschnittswerte“ gibt es im Moment mehrere Modelle – Entscheidungen hierzu sind unseres Wissens noch nicht gefallen. Auch kann man auf die Namensgebung der verschiedenen Modelle gespannt sein, sollten diese wirklich eingeführt werden.

Ein Vorteil dieser indikationsgemäßen Vorgehensweise wäre immerhin die teilweise Berücksichtigung der individuellen Praxisstruktur des Arztes. Zumindest werden hierbei Schwerpunktindikationen, Morbidität und besonders kostenintensive Behandlungen gesondert berücksichtigt. Ein Nachteil besteht allerdings auch hier in der Bildung von Durchschnittswerten, die eventuell die tatsächliche Versorgungsrealität und die

damit verbundenen Mehrkosten nicht widerspiegeln. Kennzeichen der Morbidity Related Groups (MRG):

- Anlehnung an DRG-Berechnung,
- Ausgangspunkt: x % der teuersten Patienten nach ATC-Code,
- Aufschlag beziehungsweise Abbildung von verschiedenen Schweregraden je Indikation möglich,
- Kostenberechnung anhand Verordnungs-kosten je MRG der Fachgruppe,
- Zuteilung der MRG pro Patient pro Hauptbetriebsstätte pro Quartal,
- Zuteilung von Gesamtbudget Anzahl Patienten mal MRG-Kosten, wobei die „günstigeren MRG“ hochgerechnet werden sollen.

Auch diese Methode würde die praxisindividuelle Struktur und je nach Ausgestaltung auch Schweregrade je Indikation berücksichtigen. Durch Hochrechnung der Kosten in den günstigeren MRG scheint es auch etwas „Luft“ für andere Verordnungen zu geben. Jedoch ist auch hier die Berechnung und Nachvollziehbarkeit für den Arzt nicht gegeben und er muss den nachträglich erhaltenen Informationen zu seiner Wirtschaftlichkeit Glauben schenken. (Für

weitere Parameter der Arzneimittelverordnung siehe Informationen unten.)

Grundsätzliche Probleme von Richtgrößen ersetzenden Maßnahmen

Die bislang entwickelten neuen Prüfvereinbarungen und Arzneimittelsteuerungssysteme sind in ihrer Ausgestaltung außerordentlich heterogen. Im Bundesgebiet kann es deswegen regionale Unterschiede in der Versorgung ein und derselben Krankheit geben, obwohl die evidenzbasierte Datengrundlage selbstverständlich gleich ist. Patienten tragen deswegen ein rechtlich äußerst fragwürdiges Risiko, trotz gleicher Symptom- und Befundkonstellation in verschiedenen Regionen unterschiedlich behandelt zu werden oder sogar behandelt werden zu müssen, weil sich die Ärzte drohenden Regressforderungen nicht aussetzen wollen.

Den Arzneimittel-Prüfvereinbarungen liegen oftmals Wirkstofflisten zugrunde, deren Evidenzgrundlage nicht offengelegt wird. Die fachliche Expertise von Fachgesellschaften und Berufsverbänden werden nicht einbezogen und

Parameter der Arzneimittelverordnung

Defined Daily Dose (DDD) ist definiert als mittlere tägliche Erhaltungsdosis in der Hauptindikation. Die DDD werden von der WHO festgelegt und in Deutschland vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) übernommen. Es handelt sich um eine rein rechnerische Größe, die nicht notwendigerweise die empfohlene Dosierung oder die tatsächlich angewendete Dosierung eines Arzneimittels wiedergibt. Mithilfe der DDD können Arzneimitteltherapien miteinander verglichen oder auch das Verordnungsverhalten analysiert werden. Die ATC/DDD-Systematik wird von der WHO für Preisvergleiche als ungeeignet eingestuft. Dennoch verweist das SGB V auf die DDD. Mit ihrer Hilfe können die Kosten je definierter Tagesdosis innerhalb einer Arzneimittel- oder Indikationsgruppe oder die Arzneimittelkosten gruppenübergreifend verglichen werden.

Tagestherapiekosten: Als Tagestherapiekosten bezeichnet man die durchschnittlichen Kosten, die durch eine Behandlung entstehen.

Tatsächliche Kosten pro Tag (Kosten/tatsächlicher Dosierung pro Tag) beziehungsweise Verkaufspreis Arzneimittel/ Anzahl der erhaltenen Tagesdosen

Verordnungsinformationen: Quartalsweise von der KV anhand von Schnellinformationen (GAmSi) geliefert. Beinhalten Verordnungskosten gesamt sowie Anzahl der verordneten DDD des Arztes.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Preise: Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden immer anhand von Bruttoverordnungskosten (Apothekenabgabepreis) durchgeführt. Zuzahlungen, Rabatte etc. werden erst bei Festsetzung eines Regresses in Abzug gebracht.

Auffälligkeitsgrenzen: Aktuell gilt noch folgende Regelung bei Richtgrößenprüfungen: Die Auffälligkeitsgrenze liegt bei 15 %, ab 15 % Überschreitung des Arzneimittelbudgets wird ein Prüfverfahren eingeleitet. Ein Regress wird festgesetzt, wenn nach dem Stellungnahmeverfahren und dem Abzug der anerkannten Praxisbesonderheiten eine Überschreitung von mehr als 25 % des

Arzneimittelbudgets festgestellt wird. Für die zukünftigen Vereinbarungen muss jede KV neue Auffälligkeitsgrenzen mit den Krankenkassen vereinbaren.

Ampel: In einigen KV-Gebieten (auf das System der KV Bayern wird separat eingegangen) sowie in einigen Selektivverträgen ist ein „Ampelsystem“ implementiert. Hierbei spiegelt die Ampelsystematik, die in der Verordnungssoftware der Praxis hinterlegt ist entweder die Ziel- beziehungsweise Quotenregelung der KV wieder oder die Regelungen innerhalb eines Selektivvertrages (z. B. AOK Baden-Württemberg). Dabei sind die Vorgaben, die durch die Ampelfarben sichtbar gemacht werden sollen, keine Verpflichtung für die Verordnung im Einzelfall, sondern geben lediglich Orientierungswerte für die generelle Betrachtung. Das Ampelsystem der KV Bayern erscheint nicht in der Software, sondern gibt dem Arzt bei der quartalsweisen Auswertung seiner Verordnungen Hinweise, ob er das jeweilige Ziel erreicht hat (grün) oder unterschritten hat (je nach Abweichung gelb oder rot).

Hier steht eine Anzeige.



die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung nicht berücksichtigt. Eine Verbindung zu den Leitlinien der Fachgesellschaften wird oftmals nicht hergestellt. Da die Vereinbarungen nicht öffentlich gemacht werden müssen, fehlt die erforderliche Transparenz.

Ein weiteres Problem ist, dass sich die Ärzte in einem (haftungsrechtlichen) Konflikt befinden: Einerseits sind sie zur wirtschaftlichen Verordnungsweise verpflichtet. Dies kann erreicht werden, indem generell kostengünstigere Substanzen (aufgeführt in den künftig regional geschlossenen Vereinbarungen) verordnet werden. Andererseits besteht die gesetzliche und einklagbare Verpflichtung zur korrekten ärztlichen Berufsausübung und damit zwingend auch das substantielle Recht der Therapiefreiheit. Dies könnte dadurch erfüllt werden, dass entweder

- eine Therapie mit bestehenden, seit vielen Jahren angewandten (Original-) Präparaten, auf die Patienten eingestellt sind und für die individuelle Erfahrungswerte existieren, fortgesetzt wird, oder
- neue innovative (Original-) Präparate, bei denen der Behandler eine individuelle medizinische Begründung erkennt, verordnet werden.

So schuldet der Arzt im Rahmen seiner Behandlungspflicht eine dem anerkannten Stand der Medizin entsprechende Behandlung. Verordnet der Arzt seinem Patienten eine für notwendig erachtete und nach seiner Einschätzung (Therapiefreiheit) medizinisch indizierte Substanz aus Sorge vor einer Wirtschaftlichkeitsprüfung/einem Regress nicht oder greift auf eine ihm per Vereinbarung (auf die er selbst keinen Einfluss hat) auferlegte kostengünstigere Behandlung zurück und erleidet der Patient deshalb einen Gesundheitsschaden, so steht der Arzt vor einer zivilrechtlichen Haftung, möglicherweise sogar einer strafrechtlichen Verurteilung.

Unsere Forderungen

Maßnahmen zur Begrenzung von Arzneimittelkosten sind sozialgesetzliche Vorgaben, die Verantwortung ist hier legitimer- und notwendigerweise auch beim verordnenden Arzt. Keinesfalls darf dies zulasten der Qualität der me-

medizinischen Versorgung und der Therapiefreiheit gehen.

Die Qualität der Versorgung muss das zentrale Anliegen einer neuen Arzneimittel- und Prüfvereinbarung (z. B. Quotenregelung) sein und muss sich daher in der Methodik abbilden:

- Einbeziehung von Leitlinien und weiterer evidenzbasierter Fakten,
- Integration eines strukturierten Prozesses für die Stellungnahmen der wissenschaftliche Fachgesellschaften und Berufsverbände,
- Berücksichtigung des aktuellen medizinischen Standards bei Beratungen oder Schulungen, die von den KVen angeboten werden.

Es muss eine klare Hierarchie der steuernden Regelungen für die Arzneimitteltherapie etabliert werden. AMNOG-bewertete Arzneimittel haben zurzeit nicht die erforderliche Rechtssicherheit hinsichtlich einer wirtschaftlichen Verordnungsweise. Diese gesetzliche Unsicherheit gilt es dringend zu beseitigen.

Die regionalen Prüfvereinbarungen müssen vorab vollständig offengelegt werden, so dass eine größtmögliche Transparenz für Ärzte und Patienten geschaffen wird:

- Veröffentlichung der Prüfvereinbarung, der konkreten Prüfgegenstände und Fristen,
- Veröffentlichung von bestehenden Wirkstoffzielen und Medikationskatalogen,
- Verpflichtung zur zeitnahen und transparenten Trendmeldung an Ärzte.

Im Folgenden sind die einzelnen Forderungen konkretisiert und begründet.

1. Bezug zum aktuellen medizinischen Standard

Ärzte sind berufsrechtlich verpflichtet, Patienten nach dem anerkannten und gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft des jeweiligen Fachgebietes zu behandeln. Eine medizinisch nicht begründete Abweichung vom medizinischen Standard kann als Behandlungsfehler qualifiziert werden. Dargestellt wird der medizinische Standard unter anderem in wissenschaftlichen Leitlinien, Richtlinien und Empfehlungen. Den Leitlinien kommt in der Rechtsprechung

eine zunehmend bedeutsame Rolle zu. Sie fassen nicht nur den aktuellen medizinischen Standard auf der Grundlage eines Expertenkonsens zusammen, sondern haben darüber hinaus das Ziel, Hilfestellungen bei medizinischen Entscheidungen zu geben und die Versorgung auf diese Weise zu verbessern. Regionale Prüfverordnungen dürfen zu keinem Zeitpunkt im Widerspruch zum medizinischen Standard stehen. Sie dürfen den Arzt nicht in einen Entscheidungskonflikt bringen, der ihn zwingt, aus wirtschaftlichen oder anderen Gründen Patienten abweichend vom medizinischen Standard zu behandeln. Bei der Erstellung von regionalen Prüfvereinbarungen müssen die Ordnungsgeber (KV und Krankenkassen) selbst und proaktiv nachweisen, dass der aktuell gültige Standard bei der neuen Regelung berücksichtigt wird und dass alle Ärzte Patienten standardkonform behandeln können. Der Bezug der neuen Regelungen zum aktuell gültigen medizinischen Standard soll transparent dargestellt werden.

2. Darlegung, wie die Regelungen zustande gekommen sind und auf welchen Grundlagen sie beruhen

Bei wissenschaftlichen Leitlinien ist es internationaler Konsens, dass die Methodik der Leitlinienerstellung und der formale Prozess der Konsensfindung transparent sind. Die Datengrundlage und die Prozessschritte sowie die an der Leitlinienerstellung beteiligten Personen einschließlich etwaiger Interessenkonflikte sind damit offensichtlich und für jeden Außenstehenden nachvollziehbar. Die für die Methodik der Erstellung eines Fachgruppenkonsens geforderte Transparenz muss im Grundsatz auch für die Erstellung von regionalen Prüfvereinbarungen gelten. Ein wissenschaftlich begründeter Versorgungsstandard kann nur so gut sein, wie er in der Behandlung am Patienten auch umgesetzt wird. Eine „Verwässerung“ oder ein Konterkarieren eines Standards in der Versorgungsrealität durch Prüfvereinbarungen oder budgetbegrenzende Maßnahmen, deren Zustandekommen nicht transparent ist, ist abzulehnen. Dies bezieht sich auf die Methodik, auf die Zusammensetzung der verantwort-

Hier steht eine Anzeige.



lichen Kommission und auf die Darlegung von Interessenkonflikten.

3. Transparente Datengrundlage und Validität von Prüfvereinbarungen

Die gleiche Transparenz ist auch für die Datengrundlage zu fordern. Bei der Berechnung von Kenngrößen innerhalb von Richtgrößen ersetzender Maßnahmen muss jederzeit nachvollziehbar sein, auf welcher Datenbasis die Berechnungen beruhen. Transparenz, Aktualität und Nachprüfbarkeit der Datengrundlage sind Voraussetzungen für die Beurteilung der Validität eines Prüfverfahrens und die Identifikation von Fehlerquellen. Es muss sichergestellt sein, dass Prüfverfahren auch methodisch geeignet sind, unwirtschaftliches Ordnungsverhalten von Ärzten zu erkennen. Artefakte und falsch positive Prüfungsergebnisse müssen sicher vermieden werden können.

4. Medizinische Standards bleiben bundeseinheitlich anwendbar

Die Identifikation der bestverfügbaren Evidenzen bei der Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien erfolgt unter Berücksichtigung der internationalen Studienlage. Das gleiche gilt für Richtlinien und Therapiehinweise. Medizinische Standards haben internationalen und nationalen Charakter und müssen bundeseinheitlich anwendbar sein. Sie sind nicht in föderalen Strukturen relativierbar. Unterschiede in den Prüfvereinbarungen einzelner KV-Bezirke können sich auf die Vorgehensweise und die Prüfparameter beziehen, nicht aber auf die medizinischen Standards selbst.

5. Gewährleistung der Therapiefreiheit

Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen auf der Grundlage der bestverfügbaren wissenschaftlichen Evidenz. Hierbei handelt es sich in der Regel um Daten aus kontrollierten Studien, deren Grundlage die Standardisierung oder Randomisierung von Patientencharakteristika ist, die zu einer statistischen Betrachtung von Mittelwerten führt. Leitlinienempfehlungen beziehen sich daher auf „durchschnittliche Patienten“, nicht auf Individuen. Im Versorgungsalltag müssen individuelle Patien-

tenfaktoren berücksichtigt werden und die Anwendbarkeit einer Leitlinie muss in jedem Einzelfall von den behandelnden Ärzten sorgfältig geprüft werden. Neben patientenindividuellen Faktoren spielt hier das Erfahrungswissen des Arztes eine entscheidende Rolle. Die Sicherstellung der Therapiefreiheit in diesem Sinne ist unverzichtbare Grundlage einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Prüfvereinbarungen müssen ermöglichen, dass der behandelnde Arzt entscheidet, wie er beim individuellen Patienten den im SGB V geforderten „allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ gewährleistet. Die regionalen Wirtschaftlichkeitsziele dürfen die Therapiefreiheit des Arztes nicht so einschränken, dass er bei deren Umsetzung medizinische Standards verletzen müsste.

6. Berücksichtigung von Versorgungsschwerpunkten

Der medizinische Fortschritt in der Neurologie führt zur Notwendigkeit von Spezialisierungen und zur Bildung von Versorgungsschwerpunkten. Bei den bisherigen Richtgrößen erfolgte eine Berücksichtigung von Versorgungsschwerpunkten über „Praxisbesonderheiten“. Die Formulierung neuer Prüfvereinbarungen braucht vergleichbare Parameter, die unterschiedliche therapeutische Vorgehensweisen auch vor dem Hintergrund von Versorgungsschwerpunkten und der damit einhergehenden besonderen fachlichen Qualifikation darstellen. Es dürfen keine Anreize dafür geschaffen werden, Patienten aus ökonomischen Gründen oder Regressängsten an andere Behandler zu überweisen.

7. Transparente Warn-, Auffälligkeits- und Regressgrenzen und zeitnahe Meldungen

Der Arzt schuldet dem Patienten nicht nur eine Behandlung nach dem aktuellen medizinischen Standard, er unterliegt als Vertragspartner auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot, das bedeutet, bei medizinisch gleichwertigen Alternativen sollte die preisgünstigere Behandlung bevorzugt werden. Die Voraussetzung für ein wirtschaftliches medizinisches Handeln ist die Kenntnis der Kosten

einer Maßnahme. Wirtschaftlich ist diese Kostenbetrachtung nur, wenn auch Folgekosten unterschiedlicher Therapiestrategien einschließlich direkter und indirekter Kosten Berücksichtigung finden. Nur im Ausnahmefall verfügen Ärzte über entsprechend zuverlässige Informationen. Keinesfalls kann die Wirtschaftlichkeit einer Verordnung im Vergleich mit den kollektiven Verordnungsdaten der Fachgruppe *post hoc* erfolgen. Der Arzt kann die Wirtschaftlichkeit seines Handelns nur beurteilen und sein Ordnungsverhalten steuern, wenn ihm die Parameter zum Zeitpunkt der Verordnung bekannt sind. Post-hoc-Analysen als Grundlage von Wirtschaftlichkeitsbewertungen sind abzulehnen. Rückmeldungen müssen so zeitnah erfolgen, dass ein Arzt noch sinnvoll reagieren und gesteuern kann.

8. Transparente Durchführung von Regressen

Nicht nur die Prüfvereinbarungen selbst müssen in ihrem Zustandekommen, der Methodik und der Datengrundlage transparent sein. Der Weg von der Feststellung von Auffälligkeiten bis zur Festsetzung von Regressen und Ermittlung der Regresshöhe muss transparent und nachvollziehbar sein. Regressfeststellungen dürfen nicht Grundlage irrationaler Vergleichsverhandlungen sein.

Analyse und Diskussion

Der Gesetzgeber sah offensichtlich Handlungsbedarf bei den bisherigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Rahmen der Arzneimittelversorgung und hat in seinem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehen, dass die bundesgesetzlich vorgegebene Richtgrößenprüfung im Arzneimittelbereich zum 1. Januar 2017 durch regionale Vereinbarungen ersetzt werden sollen. Die Richtgrößen sollen abgeschafft und durch „Richtgrößen ersetzende Maßnahmen“ abgelöst werden, die von den Vertragspartnern auf Regionalebene festgelegt werden. Das Gesetz zur „Versorgungsstärkung“ hatte explizit das Ziel, dass die Niederlassung von Vertragsärzten weiterhin attraktiv bleiben soll. Wie in der Gesetzgebung üblich, soll das neue Gesetz einen in der Vergangenheit praktizierten Missstand beheben, die konkrete

Ausformulierung wird an Institutionen oder Körperschaften delegiert. Dieser Ansatz des Gesetzgebers wird von uns im Grundsatz ausdrücklich begrüßt. Die neuen Regelungen könnten nicht nur mehr Sicherheit bei der ärztlichen Tätigkeiten geben, sondern auch mehr Patientenorientierung bedeuten, wenn der Patient sichergehen kann, dass nicht Regressangst die Wahl der Arzneimitteltherapie bestimmt, sondern medizinische Notwendigkeiten.

Schwachstellen

Vor diesem Hintergrund ist jedoch kritisch zu prüfen, inwieweit neue Wirtschaftlichkeitsprüfungen tatsächlich besser sind als die bisherigen Maßnahmen. Wir haben die bisher bekannten regional vorgestellten oder bereits praktizierten Modelle analysiert und drei Schwachstellen identifiziert:

- Die individuellen Belange der Patienten werden nicht berücksichtigt.
- Medizinische Standards, respektive Leitlinien bleiben bei den meisten Modellen außer Acht.
- Die rechtliche Situation des Arztes wird nicht beachtet.

Ärzte schulden ihren Patienten eine Behandlung auf der Grundlage medizinischer Standards. Die Standards einer Fachgruppe werden in den wissenschaftlichen Leitlinien zusammengefasst. Die Leitlinien der Neurologie werden in Deutschland von der DGN in Kooperation mit den Berufsverbänden BDN und BVDN nach den Vorgaben der „Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften“ (AWMF) entwickelt. Die Leitlinien sind dabei Handlungsempfehlungen, die überwiegend auf Mittelwertbetrachtungen zurückgehen und deswegen für eine (dem „Durchschnitt“ entsprechende) Gruppe von Patienten die bestmögliche Therapie beschreibt, nicht aber für jeden Einzelfall. In der Versorgungsrealität hat der Arzt aber gerade im Einzelfall aufgrund seines Erfahrungswissen zu prüfen, ob die Leitlinie individuell anwendbar ist. Weitere Referenzen sind die Therapiehinweise sowie AMNOG-Bewertungen des G-BA, Mitteilungen der KBV und der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft sowie Therapieleitfäden der Landes-

KVen. Die G-BA-Beschlüsse sind für Ärzte rechtlich bindend.

Der Arzt ist darüber hinaus an das Wirtschaftlichkeitsgebot gebunden. Neben der Bewertung des individuellen Nutzens einer Behandlung für den Patienten besteht die sozialgesetzliche Verpflichtung, die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Gemeinschaft der Versicherten zu berücksichtigen. Dies hat über die wirtschaftliche Verantwortung für das Versichertenkollektiv hinaus auch eine systemstabilisierende Funktion, die eine Finanzierbarkeit auch teurer medizinischer Maßnahmen für den einzelnen Patienten sicherstellen soll.

Eine Abwägung des individuellen Nutzens und der kollektiven Interessen stellt in der Regel dann kein Problem dar, wenn zwei Maßnahmen medizinisch gleichwertig sind und sich nur in den Kosten unterscheiden. Diese idealtypische Konstellation kommt im Versorgungsalltag von chronischen Erkrankungen – mit Ausnahme bei Erkrankungen mit einem breiten Spektrum verfügbarer Generika – aber kaum vor.

Methodische Probleme

Die meisten medizinischen Entscheidungen sind wesentlich komplexer. Der Begriff eines individuellen medizinischen Zusatznutzens einer unter Umständen teureren Maßnahme ist nicht direkt mit Preisdifferenzen vergleichbar. Dem Arzt stehen in der Entscheidungsfindung für ein medizinisches Problem keine rationalen Kriterien zur Verfügung, die eine Abwägung eines individuellen Patientennutzens gegenüber einem kollektiven wirtschaftlichen Schaden möglich machen. Für die Arzneimitteltherapie wird versucht, dieses Problem partiell durch eine sozialgesetzlich verankerte und subsidiär an den G-BA adressierte Nutzenbewertung im Rahmen des AMNOG-Verfahrens zu lösen. Hieraus ergibt sich ein weiteres Inkommensurabilitätsproblem, weil der Zusatznutzen eines Präparates ausschließlich anhand der Vergleiche kollektiver Daten erfolgt (von der Beschreibung weiterer methodischer Probleme bei der Auswahl von Studien und bei der Endpunktbewertung, die ohne Berücksichtigung interner Evidenz erfolgt, wol-

len wir hier absehen). Dieses Verfahren mag ein methodisch transparentes Verfahren für die Preisverhandlungen mit der Pharmaindustrie und damit ein legitimes politisches Instrument für die Kontrolle der Arzneimittelausgaben insgesamt sein. Für die Entscheidungsfindung realer Versorgungssituationen sind die G-BA-Beschlüsse nur von begrenztem methodischem Wert, weil die Bestimmung eines individuellen Zusatznutzens grundsätzlich die Berücksichtigung patientenindividueller Faktoren vor dem Hintergrund externer und interner Evidenzen erforderlich macht.

Vergleichbarkeit

Die methodische Präzision des AMNOG-Verfahrens täuscht darüber hinweg, dass die Bewertungen von Studien und die Bewertung eines individuellen Nutzens oder Schadens grundsätzlich nicht eins zu eins vergleichbar sein können. Die wissenschaftlich begründeten Ansätze und Fortschritte individualisierter Therapieansätze geben dieser Methodenkritik Recht: Was sich in einer Mittelwertbetrachtung als vorhandener oder fehlender Zusatznutzen herausgestellt hat, kann sich im Einzelfall völlig konträr darstellen. So kann ein Epilepsiepatient mit einer Therapie, die sich in der kollektiven Betrachtung ohne Zusatznutzen darstellt, erstmalig anfallsfrei sein. Oder ein Patient kann nach Austausch einer als therapeutisch gleichwertig eingestuft Substanz unter Nebenwirkungen wie Übelkeit und Erbrechen leiden, obschon dies anhand der Studienvergleiche nicht zu erwarten wäre. In beiden Fällen sind Anfallsfreiheit und lebensqualitätseinschränkendes Erbrechen objektive und in der Lebenswelt des Patienten verankerte Fakten, die von keinem verantwortungsvoll handelnden Arzt ignoriert werden können und auf keinen Fall durch Prüfvereinbarungen vernachlässigt oder ignoriert werden dürfen.

Wirtschaftlichkeit

Diese grundsätzlichen Überlegungen sind vor dem Hintergrund der zu etablierenden Wirtschaftlichkeitsprüfungen von erheblicher Relevanz. Ohne Zweifel ist es jedem Arzt zuzumuten, die wirtschaftlichen Implikationen der von ihm

zu verantwortenden medizinischen Entscheidungen zu berücksichtigen und sich bei medizinisch gleichwertigen Interventionen für die preiswertere zu entscheiden. Die Notwendigkeit hierfür ergibt sich nicht nur aus der kollektiven Verantwortung, sondern auch zur Sicherstellung der Finanzierbarkeit teurer Therapien für den einzelnen Patienten. Niemals darf der Arzt aber in Konflikt mit seiner ethischen Sorgfaltspflicht kommen, wenn Prüfvereinbarungen zu einem potenziellen Schaden für den Patienten führen können, weil eine medizinische Entscheidung primär von wirtschaftlichen Überlegungen, pseudorationaler Methodik oder aus Angst vor Regressen geleitet ist. Der Patient muss sich darauf verlassen können, dass die in einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Situation gemeinsam gefassten medizinischen Entscheidungen zunächst sein leibliches und psychisches Wohl im Blick haben und wirtschaftliche Vorgaben nachrangig sind und den medizinischen Aspekten nicht widersprechen.

Regeln und Ausnahmen

Die medizinische Versorgung innerhalb neurologischer Krankheitsbilder ist zu komplex, als dass einfache Kalkulationsmodelle alle wichtigen Sonderfälle berücksichtigen können. Deswegen müssen Modelle für Ausnahmeregelungen so geöffnet werden, dass der behandelnde Arzt in diesen Fällen die Entscheidungsfreiheit behält, die Patienten leitlinienkonform zu behandeln. Ansonsten würden solche Patienten zum Teil erhebliche Nachteile haben oder sogar Gesundheitsschäden erleiden. In der Folge würde es dann aufwändig und teurer, die vermeidbaren Fehlentwicklungen zu korrigieren. Damit würde auch das Grundkonzept der Kostenbegrenzung konterkariert.

Die wichtigsten und unverzichtbaren Forderungen an Richtgrößen ersetzende Maßnahmen sind

- die Sicherstellung der ärztlichen Therapiefreiheit,
- der Bezug zu aktuellen medizinischen Standards sowie
- ihre bundeseinheitliche Anwendbarkeit.

Die Forderung nach Transparenz der Methoden und der Datengrundlage ver-

steht sich von selbst. Das gleiche gilt für die Forderung nach Gewährleistung der Therapiefreiheit, der Konfliktfreiheit in der Anwendung medizinischer Standards und Wirtschaftlichkeitsforderungen sowie der Berücksichtigung von Versorgungsschwerpunkten. Dass Ärzte frühzeitig *ex ante* über das Risiko von Verletzungen der Auffälligkeits- und Regressgrenzen informiert werden und nicht für Grenzüberschreitungen bestraft werden, wenn die Parameter erst *ex post* zur Kenntnis gebracht werden, sollte in einem Rechtsstaat ebenso selbstverständlich sein wie die transparente Durchführung von Regressen. Das Rückwirkungsverbot „Nullum tributum sine lege“ ist entsprechend dem „Nullum poenam sine lege“ nach Art 103, Absatz 2, GG festgelegt.

Vorschläge

Es bleibt die Frage, wie wir der aus wirtschaftlichen Gründen berechtigten Forderung nach einer Begrenzung von Arzneimittelausgaben gerecht werden können, ohne dass die Therapiefreiheit des Arztes und eine an den individuellen Belangen des Patienten orientierte Versorgung gefährdet sind. Die vermeintliche Unvereinbarkeit einer wie auch immer über Quoten oder Richtgrößen und damit an einem kollektiven Ordnungsverhalten gemessenen individuellen Verordnung einerseits und eine an medizinischen Standards und individuellen Patientenbelangen orientierten Versorgung andererseits könnte durchaus überwunden werden. Hierzu machen wir folgende Vorschläge:

1. Für die wichtigsten neurologischen Krankheitsbilder werden typische konfliktträchtige Ausnahmesituationen und deren Bedingungen mit den Vertragspartnern konsentiert und aufgelistet. Dies können beispielsweise Unverträglichkeiten, Therapieresistenzen oder besondere Teilhabesituationen des Patienten sein.
2. Der Arzt markiert diese Behandlungssituationen in der Patientenakte und in den Abrechnungsaufzeichnungen.
3. Für alle übrigen Fälle gelten die Bedingungen der einfachen Modelle zur Kostenbegrenzung.
4. Übersteigt der Anteil der Ausnahmepatienten eine definierte Grenze, so

begründet der Arzt konkret und nachvollziehbar die korrekte Zuordnung der Patienten.

5. In regelmäßigen Abständen (z. B. jährlich) werden eventuelle Neuerungen (Leitlinien, neue Medikamente, neue Therapieansätze) dahingehend untersucht, ob sie in die Regelungen der Liste der Ausnahmesituationen aufgenommen werden.

Neben medizinischen Standards und Leitlinien einerseits und der Orientierung an Medikamentenpreisen andererseits kann eine Taxonomie besonderer Therapiesituationen dem verordnenden Arzt und den Patienten die Sicherheit geben, dass Ausnahmen als solche gekennzeichnet und damit im Grundsatz akzeptiert und anerkannt sind, da diese im Vorfeld konsentiert wurden. Abweichungen werden so bereits *ex ante* identifiziert und fallen nicht erst sehr viel später durch statistische Abweichungen auf, um dann erst einer qualitativen Betrachtung unterzogen zu werden. Dieses Vorgehen ist für alle Vertragspartner sehr viel aufwändiger und im Ergebnis unsicherer und bedeutet auch Rechtsunsicherheit für den Arzt. Die Vertragspartner haben zudem die Sicherheit, dass der verordnende Arzt die Standards und die wirtschaftlichen Implikationen (soweit bekannt) berücksichtigt und Abweichungen bewusst und anhand rationaler Kriterien vorgenommen werden. Ärzte, die sich nicht an Standards halten und vermeintlich unwirtschaftliche Therapieentscheidungen treffen, werden weiterhin über Quoten oder andere Maßzahlen auffällig und müssen dies wie bisher verantworten. Mit dieser Regelung wäre den berechtigten Interessen sämtlicher Vertragspartner Rechnung getragen. Die Berufsverbände stehen bereit, die Ausnahmesituationen zu klassifizieren, auszuformulieren und mit den Vertragspartnern zu verhandeln. □

AUTOREN

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
Prof. Dr. med. Gereon Nelles, Köln

Evaluation medizinischer Leistungen

„Patient-reported outcome measures“

Wie evaluieren wir, ob unsere medizinischen Leistungen effektiv sind? Kein einfaches Thema, zudem wird das, was ärztlicherseits als „klinisch relevant“ bezeichnet wird, nicht notwendigerweise vom Patienten als bedeutungsvoll wahrgenommen. Einige neue Entwicklungen in diesem Bereich werden hier vorgestellt.

In den meisten Fällen evaluieren wir mithilfe harter Endpunkte wie Tod oder Behinderung, mit graduellen oder stufenförmigen Änderungen auf „objektiven“ Skalen (wie UPDRS, EDSS, mRS, oder NIHSS), mit Änderungen von Surrogatparametern oder Biomarkern wie der Anzahl kontrastmittelaufnehmender Läsionen im MRT bei der Multiplen Sklerose. Einen anderen Weg als die weitere Verfeinerung objektiv messbarer Biomarker geht das International Consortium of Health Outcome Measurement, abgekürzt ICHOM. Es wurde 2012 von Harvard, der Boston Consulting Group und dem Karolinska-Institut als Non-Profit-Organisation gegründet und erarbeitet seitdem zusammen mit medizinischen Experten und Patientenvertretern Standards zur Erfassung von Behandlungsergebnissen. Hierbei wird der Patientenperspektive eine große Bedeutung zugemessen. Standards und detaillierte Handbücher mit Informationen zur Risikoadjustierung werden auf der Internetseite von ICHOM (www.ichom.org) unentgeltlich zur Verfügung gestellt und in internationalen Zeitschriften publiziert [McNamara, RL et al. *J Am Heart Assoc* 2015; 4 (5); Mak, KS et al. *Eur Respir J* 2016; Rodrigues, IA et al. *Am J Ophthalmol* 2016; 168: 1–12; Salinas, J et al. *Stroke* 2016; 47 (1): 180–6]. Zahlreiche Standards mit Relevanz für die Neurologie wurden bereits zusammengestellt, so auch Datensätze zu Schlaganfall, Demenz und Parkinson.

Patientenperspektive im Zentrum

Im Gegensatz zur Fokussierung auf „harte“ Endpunkte liegt hier der Schwerpunkt auf dem Wert der durchgeführten

Behandlung für den Patienten. Letztlich ist diese Ausdruck krankheitsspezifischer Lebensqualität, aber auch kognitiver und mentaler Vorgänge bei einem Patienten nach seiner Behandlung. Das lässt sich mit validierten Scores erfassen. Aus der Praxis wissen wir aber auch, dass der „zufriedene“ Patient ein simples, aber hochrelevantes Kriterium dafür ist, ob Diagnostik und Therapie gut gelaufen sind, ob also die medizinische Qualität inklusive der organisatorischen Abläufe und der Haltung des Teams gegenüber dem Patienten gut war.

Was ist der Wert einer Therapie?

Dieser Wert der medizinischen Behandlung wurde zum Zentrum des Konzeptes der „Value-based Health Care“ von Michael E. Porter, Professor an der Harvard Business School. Er publizierte 2010 den Artikel „What is value in health-care?“ [*N Engl J Med* 2010; 363: 2477–81]. Im Februar 2016 erläutert er ebendort seine Perspektive zum „Standardizing Patient Outcomes Measurement“. Value-based Health Care geht davon aus, dass der eigentliche Wert einer Therapie nur dann wirklich erfasst wird, wenn man neben dem Arzt auch den Patienten direkt in die Bewertung der medizinischen Leistungen mit einbezieht. Es gibt sicher nicht wenige unter uns, die argumentieren, dass Patienten oder ihre Angehörigen die Therapieeffekte nicht „objektiv“ beurteilen können. Denken wir an einen Patienten mit Verschluss des proximalen Segmentes der A. cerebri media links, der nach i. v. Thrombolyse und rascher Stentriever-gestützter Rekanalisation mit einer leichten motorischen Aphasie, einer eingeschränkten Prosodie und einer Feinmotorikstörung

seiner dominanten Hand nach fünf Tagen in die Rehabilitation geht. Jeder von uns weiß, welch großer Fortschritt das ist – im Vergleich zu den 1980ern etwa, aber auch im Vergleich zu anderen ähnlich behandelten Patienten. Liegt darin ein genuiner „Wert“ für diesen Patienten, den der Vergleich mit 1980 vielleicht gar nicht kümmert? Nehmen wir an, dieser fiktive Patient ist Sänger und begleitet sich selbst auf dem Piano; dann bleibt er trotz „objektiv“ optimaler Therapie unter Umständen berufsunfähig und damit möglicherweise unzufrieden mit dem Nutzen der Therapie. Das kann passieren, ist aber eher unwahrscheinlich, erstens weil genau diese Sachverhalte den meisten Patienten heute erklärbar sind. Zweitens, weil die Patienten in aller Regel von der initial schweren Symptomatik so mitgenommen sind, dass sie ein gutes Gefühl dafür entwickeln, wie sehr die Behandlung genutzt hat, welchen „Wert“ sie also hatte, auch wenn das Ziel der vollständigen Genesung nicht erreicht wurde.

Patientenberichtete Ergebnisse

Um diese Komplexität im Sinne der Ergebnismessung abzubilden, schlägt ICHOM ein Parameter-Set vor, bei dem sowohl die ganz harten Endpunkte (Überleben, Schlaganfallrezidiv, sekundäre Einblutung nach Thrombolyse) als auch die subjektiven Bewertungen der Patienten berücksichtigt werden. Zu den letztgenannten gehören:

- Globale kognitive Funktion
- Stimmung
- Mobilität („Sind Sie gehfähig?“)
- Unabhängigkeit bei Körperpflege
- Nahrungsaufnahme (Notwendigkeit einer Sonde?)

- Schmerzen oder Missempfindungen
- Müdigkeit
- Fähigkeit zu kommunizieren
- Teilnahme am Sozialleben
- Allgemeiner Gesundheitszustand
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die wesentlichen patientenberichteten Aspekte (patient-reported outcome measures, PROMs) werden mittels des PROMIS-10 abgefragt. Dabei handelt es sich um einen Fragebogen, der unter der Ägide der National Institutes of Health (Bethesda/Maryland, USA) entwickelt wurde (vgl. www.nihpromis.org). Eine wesentliche und medizinisch hochrelevante Komponente ist, dass diese Parameter nicht nur in der Akutphase, sondern auch im Verlauf, idealerweise über mehrere Jahre erfasst werden. Beim Schlaganfall ist die Empfehlung zum Beispiel, die Parameter-Sets mindestens nach 90 Tagen und nach einem Jahr zu erfassen, idealerweise auch danach in jährlichen Abständen.

Dort, wo diese Erfassungssysteme bereits etabliert sind (z.B. Martiniklinik Hamburg, Spezialklinik für Prostatabehandlung), erfolgt der Erfassungprozess weitgehend automatisiert. Patienten erhalten Fragebögen zugeschickt, senden diese zurück und eine Dokumentationskraft liest die Ergebnisse ein. Internetbasierte Lösungen mit Portalen sind unterwegs. Der zusätzliche Dokumentationsaufwand für Ärzte ist gering.

Limitationen und Fallstricke

PROM sind sicherlich als Ergänzung zu Messparametern zu sehen, die sich in vielen randomisierten klinischen Studien bewährt haben. Das eine schließt aber das andere nicht aus, und derzeit sind PROMs sicherlich unterrepräsentiert.

Eine große Herausforderung stellt die Risikoadjustierung dar. Ob für Schlaganfall, Morbus Parkinson oder Demenz, Zentren, die sich mit besonders komplex kranken Patienten beschäftigen, werden andere Antworten in den PROMs wie auch in den klassischen Outcome-Variablen haben als Kliniken, die sich auf die Diagnostik und Therapie weniger schwer erkrankter Menschen konzentrieren. Das von den Autoren identifizierte Set an Adjustierungsfaktoren für das Schlaganfall-Parameter-Set ist sehr umfassend [Salinas, J et al. Stroke 2016; 47

(1): 180–6], für Parkinson und Demenz ist die Frage noch offener. Das Thema „Risikoadjustierung“ gilt natürlich auch für alle anderen Fachdisziplinen. Neben statistischen Methoden, um durch Kovariaten und komplexe Modelle eine Adjustierung vorzunehmen, kann im Verlauf der Jahre zumindest teilweise die Kohortengröße einen Beitrag dazu leisten die Ergebnisse stabil zu machen, insbesondere also den Effekt von Ausreißern zu limitieren.

PROMs sind auch – wie alle fragebogenbasierten Evaluationen – von der Rücklaufquote und der Bereitschaft von Patienten und deren Angehörigen abhängig, sich die Mühe des Ausfüllens zu machen. Dies aber ist vermutlich für alle teilnehmenden Kliniken ähnlich.

PROMs, die für den europaweiten oder Einsatz in den USA konzipiert sind, lassen sich nicht immer ohne weiteres auf das medizinische System in Deutschland anwenden und müssen in aller Regel für ihren spezifischen Einsatz vor Ort überprüft und eventuell angepasst werden. Ein besondere Hürde stellen in Deutschland die Sektorengrenzen dar, die etwa in anderen Ländern im Kontext von „Health Plans“ nicht existieren.

Wären wir in einer rein wissenschaftlich motivierten „Community“ oder würden wir hier zum Beispiel im Rahmen der Diskussion von Studienergebnissen rein inhaltlich und patientenzentriert getrieben diskutieren, welches die besten Vorgehensweisen in Diagnostik und Therapie einer Erkrankung sind, dann stünden viele Kolleginnen und Kollegen dem klinikübergreifenden Vergleich sicherlich entspannter gegenüber. Es fällt meist nicht schwer, kovariierende Faktoren oder kritische Werte in der Qualitätssicherung zu identifizieren und dann einzelne Patientenschicksale anhand einer tiefergehenden Analyse aufzuarbeiten, um mögliche Probleme in den Behandlungsabläufen festzustellen. Eine volle Transparenz führt aber zwangsläufig auch dazu, dass scheinbar „spektakuläre“ Werte herausgegriffen und mit einer Geschichte, Botschaft oder Warnung versehen werden. Gerade in den Anfangsphasen zunehmend transparenter Qualitätsberichte wird dies nicht zu vermeiden sein. Beliebte Fallstricke sind ein Gleichsetzen von Fall-

zahlen und Qualität: „Klinik A behandelt die meisten Schlaganfälle“. Bleibt der Satz so stehen, sind das also die Spezialisten, auch wenn keinerlei Aussagen zur Behandlungsqualität damit verknüpft sind. Oder: „Nur in Klinik B erhielten 100% der Patienten eine frühe Schluckdiagnostik“. Klinik B hatte im betreffenden Jahr genau einen Patienten mit Schlaganfall behandelt und bei diesem wurde in der Tat eine Schluckdiagnostik durchgeführt. Gerade wenn die Mortalität ohne Risikoadjustierung herangezogen wird, bietet sich ein hohes Missbrauchspotenzial.

Fazit für die Praxis

Ein offener Umgang mit der Ergebnisqualität aus Patientensicht wird unserem Gesundheitssystem gut tun. In Deutschland wurde vom Gesetzgeber das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) eingerichtet, dessen Aufgabe es nicht zuletzt ist, Qualitätstransparenz in der medizinischen Versorgung auszuweiten. Es bleibt zu hoffen, dass das IQTIG wirklich diese Aufgabe wahrnimmt und nicht dem Interessenkonflikt eines Sparzwanges unterliegt. Will man nämlich in hoher Qualität medizinische Leistungen messen, dann sind auch dafür Ressourcen notwendig.

Es gibt bereits zahlreiche Qualitätssicherungsinstrumente. PROMs werden dabei nur sehr unvollständig berücksichtigt und die Beobachtungszeiträume sind zu kurz (beim Schlaganfall beispielsweise bis zur Entlassung aus der Akutklinik). Der ärztliche Dokumentationsaufwand hingegen ist sehr hoch mit steigender Tendenz. Den Wert von Therapien von den betroffenen Patienten selbst beurteilen zu lassen, ist sinnvoll und kann bei strukturierter Anwendung und großen Zahlen ein effektives Instrument sein, um unsere Arbeitsergebnisse zu messen. Der durch Standardisierung und Risikoadjustierung mögliche Vergleich mit anderen – auch ausländischen – Kliniken ist eine Grundlage für ständiges Lernen und Verbesserung. □

AUTOR

Prof. Dr. med. Christian Gerloff, Hamburg
Vorsitzender des BDN



© Jarma / Fotolia

DGN-Leitlinienkommission

Die Zukunft der Leitlinienentwicklung in der Neurologie

Die DGN hat im Moment die umfangreichste Sammlung von Leitlinien aller medizinischen Fachgesellschaften. Damit die Geschichte der Leitlinien der deutschen Neurologie eine Erfolgsgeschichte bleibt, muss die derzeitige Diskussion um potenzielle Interessenkonflikte, die die Weiterentwicklung der Leitlinien paralyisiert hat, zu einem konstruktiven Ende kommen.

Angesichts der rasanten therapeutischen Fortschritte der Neurologie fasste der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) im Jahr 2001 den Beschluss Leitlinien zur Diagnose und Therapie der wichtigsten neurologischen Krankheiten in Auftrag zu geben. Zu diesem Zweck wurde die Leitlinienkommission der DGN gegründet. Die erste Auflage der Leitlinien wurde im Jahre 2002 publiziert und umfasste 70 Krankheitsbilder. Die letzte gedruckte Auflage erschien 2012, hatte 1.160 Seiten, deckte über 120 Krankheiten ab und hatte über 850 Autoren. Zusätzlich gibt es drei S3-Leitlinien: Morbus Parkinson, Demenz und Sekundärprävention des Schlaganfalls und in Kürze Neuroborreliose. Die DGN hat im Moment die umfangreichste Sammlung von Leitlinien

aller medizinischen Fachgesellschaften. 2012 wurde es aber evident, dass der Wissenszuwachs bei einzelnen neurologischen Krankheitsbildern sehr unterschiedlich ist und es in Zukunft nicht mehr möglich sein wird alle Leitlinien simultan in einer gedruckten Auflage zu veröffentlichen. Daher werden die Leitlinien jetzt jeweils zeitnah aktualisiert und auf der Website der DGN und kurz darauf der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur Verfügung gestellt. Wichtige Leitlinien werden zeitgleich in der „Aktuellen Neurologie“ publiziert.

Trotz des unglaublichen Erfolges der Leitlinienentwicklung in der Neurologie gibt es viele Herausforderungen für die Zukunft.

1. Ein großes Problem ist die **Evidenzstufe** der jeweiligen Leitlinien. S3-Leitlinien sind extrem zeit- und arbeitsaufwändig. In den S3-Leitlinien muss die gesamte Literatur durchsucht werden und es müssen systematische Reviews und Metaanalysen sowie andere Leitlinien einbezogen werden. Die Leitlinienkommissionen sind sehr groß und umfassen in der Regel viele Fachgesellschaften und Organisationen. So waren bei der S3-Leitlinie Demenz 29 medizinische Fachgesellschaften einbezogen. Der organisatorische Aufwand ist hoch, was die Erstellung der Leitlinien sehr langwierig (bis zu fünf Jahre) und teuer macht. Mit Ausnahmen weniger großer Krankheitsbilder steht der organisatorische Aufwand einer S3-Leitlinie in

keinem Verhältnis zum praktischen Nutzen: Daher wird es auch in Zukunft bei einer sehr begrenzten Zahl von S3-Leitlinien in der Neurologie bleiben.

- 2. Leitlinien und das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG).** Leitlinien orientieren sich ausschließlich an wissenschaftlichen Erkenntnissen und den Ergebnissen großer randomisierter Studien. In Deutschland erfolgte neben einer Zulassung neuer Arzneimittel durch die nationalen oder europäischen Behörden auch die Überprüfung im Rahmen des AMNOG-Verfahrens, das über die Erstattung eines neuen Medikamentes durch die gesetzlichen Krankenkassen entscheidet. Hier tritt ein entscheidender Zielkonflikt auf, da das AMNOG bei einer Reihe von neuen Medikamenten eine Vergleichstherapie herangezogen hat, deren Kostenäquivalenz nicht die Entwicklungskosten eines neuen Medikamentes berücksichtigt. Ein Beispiel ist die Entscheidung des AMNOG, die Kombination von Acetylsalicylsäure und Dipyridamol nicht zu erstatten. Diese Therapie wird in den Leitlinien der DGN basierend auf großen randomisierten Studien empfohlen. Deutschland ist das einzige Land in dem die Kombination nach Beschluss des AMNOG nicht zulasten gesetzlicher Krankenkassen verschrieben werden kann. Grundsätzlich hat die DGN hier die Aufgabe, die Arzneimittelempfehlungen nach objektiver Datenlage und basierend auf den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin zu empfehlen.
- 3. Umgang mit Interessenkonflikten:** In den letzten drei Jahren hatte sich eine zum Teil sehr emotional geprägte Diskussion entwickelt, wie man mit potenziellen Interessenkonflikten bei der Erstellung von Leitlinien umgehen soll. Die DGN orientiert sich weitgehend an den Vorgaben der AWMF. Hierbei müssen zunächst potenzielle Interessenkonflikte vor Aktualisierung einer Leitlinie angemeldet werden. Diese umfassen unter anderem finanzielle Zuwendungen aus der Pharma- oder der Medizingeräteindustrie in den letzten drei Jahren sowie weitere finanzielle Förderungen

öffentlicher Geldgeber. Potenzielle Interessenkonflikte beziehen sich jeweils auf die Abschnitte einer Leitlinie, die von einem Leitlinienautor formuliert wurden. Ebenfalls umstritten ist die Frage, wie mit Medikamenten umgegangen werden soll, deren Patentschutz erloschen ist und bei denen keine finanziellen Interessen von Leitlinienautoren mehr bestehen. Nach den Empfehlungen der DGN sollten mindestens die Hälfte der Leitlinienautoren keine Interessenkonflikte haben. Das ist für viele Leitlinien unproblematisch, da die Zahl der Autoren überschaubar ist. Andere Leitlinien haben aber bis zu 40 Autoren, hier wird es dann sehr schwierig, 40 weitere Autoren zu finden, die keinen Interessenkonflikt haben und bereit sind, sich in die gesamte Literatur und Thematik einzulesen sowie sich eine eigene kritische Meinung zu bilden.

- 4. Andere Leitlinien:** Bei der Erstellung nationaler Leitlinien werden natürlich bestehende Leitlinien anderer großer Gesellschaften wie der American Academy of Neurology (AAN) oder der European Academy of Neurology (EAN) berücksichtigt. In der Kardiologie wird ein anderer Weg gegangen. Dort werden in aller Regel die Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC) ins Deutsche übersetzt und nur im geringen Umfang an die Verhältnisse in Deutschland angepasst. Der Versuch in den Vereinigten Staaten, neurologische Leitlinien ausschließlich durch Experten ohne Interessenkonflikte zu erstellen, ist kläglich gescheitert. Eine Gruppe von Epidemiologen und Biometrikern war vom NIH beauftragt worden, eine Leitlinie zur Therapie der Migräne zu erstellen. Die Leitlinie hatte zwar die bestehende Literatur berücksichtigt, war aber in der klinischen Praxis nicht brauchbar und wurde daher nie publiziert.

- 5. Versorgungsleitlinien:** Die Leitlinien der DGN sind wissenschaftliche Leitlinien, die sich ausschließlich an den Ergebnissen großer randomisierter Studien oder populationsbezogener Register orientieren. Kosten-Nutzen-Erwägungen spielen dabei keine Rolle. Für eine Reihe von Krankheiten sind

diese aber sehr wichtig, da vor allem niedergelassene Neurologen in der Lage sein müssen, eine entsprechende Leitlinie ohne Angst vor Regressen umzusetzen. Dies wäre die Aufgabe von Versorgungsleitlinien, die aber bisher in der Neurologie nicht existieren und nicht alleine in der Verantwortung der DGN stehen.

Leitlinienentwicklung in der Zukunft

Es bleibt zu hoffen, dass die derzeitige Diskussion um potenzielle Interessenkonflikte, die die Weiterentwicklung der Leitlinien der Neurologie behindert, jetzt zu einem Ende kommt. Tatsächlich verabschieden sich vereinzelt wichtige Leistungsträger der Leitlinienentwicklung aus der Neuentwicklung angesichts des Risikos, dass sich ihr guter Name im Zusammenhang mit mutmaßlicher Korruption in der Presse wiederfindet. Nicht unerwähnt bleiben darf, dass sich Interessenkonflikte nicht auf Interaktionen mit der pharmazeutischen Industrie reduzieren lassen. Auch durch Budgetdruck, Sparvorgaben, Zielvorgaben in Kontrollgremien und durch geforderte Linientreue zu vormalig aufgestellten Thesen entstehen potenzielle Zielkonflikte, die Akteure in ihren Entscheidungen beeinflussen können. Es ist erforderlich, dass sich alle Beteiligten zu einem konstruktiven Umgang mit diesem Problem einigen. Zielführende und nachvollziehbare Transparenz sowie klare Prozesse sind wichtige Schlüssel dazu. Nur dann wird die Geschichte der Leitlinien der deutschen Neurologie eine Erfolgsgeschichte bleiben. □

AUTOREN

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Diener
Universitätsklinik für Neurologie, Essen

Prof. Dr. med. Günther Deuschl
Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

Frank Miltner
Editorial Office Leitlinien der DGN,
albertZWEI media GmbH, München

Prof. Dr. med. Christian Gerloff
Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Individualisierte Medizin

Biomarker in der MS-Therapie: Warum sind wir noch nicht am Ziel?

Die vielen neuen Therapieoptionen der letzten Jahre in der Indikation Multiple Sklerose schaffen nicht nur eine große Therapieviefalt für den Patienten, sondern auch steigende Kosten für das Gesundheitssystem. Es mangelt an krankheitsspezifischen Markern und im Falle einer manifesten Erkrankung fehlen Biomarker, die ein Schubereignis sowie den Verlauf vorhersagen und den Therapieerfolg prognostizieren können und somit den Weg zu einer individualisierten Medizin freimachen.

Aktuell leiden in Deutschland mehr Menschen an Multipler Sklerose (MS) als in der Vergangenheit angenommen [1]. Mit fast 200.000 Erkrankten im Jahr 2010 nimmt die MS sowohl sozio-ökonomisch als auch in der aktuellen Forschung eine Sonderrolle ein. Die Inzidenz wurde nicht nur unterschätzt, sondern spiegelt wahrscheinlich auch die durch die revidierten Diagnosekriterien nach McDonald in der Regel eine Dekade früher erfolgende Diagnosestellung wider [2].

In den letzten Jahren hat die Anzahl der MS-Therapeutika deutlich zugenommen. Für die Patienten ergeben sich hieraus viele Vorteile, weil wir bei Unverträglichkeit oder bei nicht ausreichender Wirksamkeit Therapiealternativen anbieten können. Die hohe Zahl

an Zulassungen darf andererseits nicht darüber hinwegtäuschen, dass wir die Wirksamkeit einer Substanz über Studienpopulationen bewerten, die die Inhomogenität der MS-Verläufe widerspiegeln. Über die Eingruppierung in die klinischen Verlaufsformen hinaus können wir praktisch noch auf keine Biomarker zurückgreifen, die im Einzelfall die Vorhersage ermöglichen, ob und in welchem Maße der Patient auf die Therapie anspricht. Gerade im Fall der Non-Response hat dies erhebliche Konsequenzen für die Patienten, weil die mit der Krankheitsaktivität einhergehenden Funktionsbeeinträchtigungen nur begrenzt rückbildungsfähig sind. Auch die volkswirtschaftlichen Konsequenzen einer nicht individualisierten Therapie sind erheblich.

Nach einem Bericht des wissenschaftlichen Instituts der privaten Krankenkassen aus dem Jahr 2014 ist die MS für den Kostenträger die ausgabenstärkste Indikationsgruppe [3]. Wie in den Jahren zuvor gehören die MS-Therapien zu den umsatzstärksten Medikamenten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vier der zwanzig umsatzstärksten Medikamente dienen heute der MS-Therapie [3]. Diese Entwicklung ist alarmierend, denn es fehlen krankheitsspezifische Marker, die das individuelle Risiko, an MS zu erkranken, voraussagen können. Ebenfalls fehlen im Falle einer manifesten Erkrankung Biomarker, die ein Schubereignis vorhersagen können. Wir sind heute nicht einmal in der Lage, den Patienten nach Diagnosestellung zu sagen, an welcher der möglichen Verlaufsformen der MS sie leiden werden. Im Licht dieser Limitationen und des immer größer werdenden Angebots an MS-Therapieoptionen sind Marker dringend notwendig, die den Verlauf und Therapieerfolg prognostizieren können und somit den Weg zu einer individualisierten Medizin freimachen.

Potenzielle Kandidaten

Nach dieser ernüchternden Feststellung könnte man sich fragen: Sind wir tatsächlich auf dem Gebiet der MS immer noch nicht weiter als zu Zeiten von Friedrich Theodor von Frerichs und Jean Martin Charcot? Es fehlt sicherlich nicht an potenziellen Marker-Kandidaten. In verschiedenen Übersichtsarbeiten werden



Neben den Autoantikörpern werden bestimmte Proteine im Serum oder Liquor als Biomarker gehandelt.

mögliche Biomarker aufgelistet und manche Autoren gehen soweit, zwischen „etablierten“ und potenziellen Biomarkern zu unterscheiden [4, 5, 6, 7]. Zu den klassischen klinischen Biomarkern werden die oligoklonalen Banden (OKB) und die Magnetresonanztomografie (MRT) gezählt. OKB sind jedoch kein MS-spezifisches Phänomen und die MRT-Befunde stehen in keinem gesicherten Zusammenhang zur Progression der Erkrankung.

Neutralisierende Antikörper, Autoantikörper ...

Außerdem werden neutralisierende Antikörper gegen Natalizumab und Interferon-beta zu den „etablierten“ Biomarkern gezählt [4]. Diese sind die einzigen verfügbaren Biomarker, die während der Behandlung ein mögliches Therapieversagen anzeigen können. Eine aktuelle italienische Studie zeigte, dass die Häufigkeit von T1- und T2-Läsionen bei MS-Patienten mit neutralisierenden Anti-Interferon-beta-Antikörpern signifikant erhöht war [8]. In der Vergangenheit haben Antikörper gegen Myelinbestandteile und andere körpereigene Antigene große Erwartungen geweckt und – wie an dem aktuellen Beispiel der Anti-KIR4.1-Antikörper ersichtlich wird – für ebenso große Kontroversen und Enttäuschungen gesorgt [9, 10, 11]. Die Ernüchterung, die auf die Entdeckung der Anti-KIR4.1-Antikörper folgte, erinnerte sehr an jene, als Anti-Myelin-Antikörper als potenzielle Biomarker für die Progression vom klinisch-isolierten Syndrom (CIS) zur definitiven MS diskutiert wurden [12, 13, 14].

... Serum- und Liquorproteine

Neben den Autoantikörpern werden bestimmte Proteine im Serum oder Liquor als Biomarker gehandelt. Dabei ist die Erhöhung dieser Proteine wahrscheinlich als Folge einer entzündlichen Reaktion im zentralen Nervensystem (ZNS) als Epiphänomen zu begreifen. Es ist offenkundig, dass die meisten dieser Biomarker mit neurodegenerativen und entzündlichen Prozessen assoziiert sind, wie im Falle von Neurofilament erst kürzlich berichtet [15]. So verwundert es nicht, dass Neurofilament-Spiegel im Liquor in Verbindung mit einer gesteigerten MRT-Aktivität stehen [15].

Es könnte nötig werden, den Blick auf die Immunzellen als Verursacher zu richten und die An- oder Abwesenheit von Immunzelluntergruppen als Biomarker stärker ins Visier zu nehmen. Im Blut und im Liquor von MS-Patienten fand man eine veränderte Anzahl von T- und B-Zelluntergruppen, die üblicherweise beim alternden Individuum erhöht oder erniedrigt sind [16, 17]. So sind zum Beispiel proinflammatorische T-Zellen, die nicht den kostimulatorischen Rezeptor CD28 exprimieren, im Blut von MS-Patienten signifikant erhöht [18]. Im Gegensatz dazu sind humane B1-Zellen, deren Anzahl mit zunehmenden Alter beim gesunden Menschen abnimmt, in MS-Patienten signifikant erniedrigt [19]. In beiden Fällen handelt es sich aber nicht um MS-spezifische Phänomene.

ZNS-reaktive B-Zellen

Im Licht der erfolgversprechenden Ergebnisse der aktuellen Therapiestudien mit B-Zell-depletierenden monoklonalen Antikörpern [20] und angesichts der Forschungsdaten zur Rolle der B-Zellen in der MS [21] könnte ein weiterer Ansatz sein, die Anwesenheit von ZNS-reaktiven B-Zellen bei MS-Patienten als Biomarker zu verwenden. In einer Studie zeigte sich bereits, dass ZNS-reaktive B-Zellen nur bei MS-Erkrankten und bei Patienten mit CIS im Blut vorkommen [22]. Die Anwesenheit von ZNS-reaktiven B-Zellen im Schub war mit einer signifikant gesteigerten Wahrscheinlichkeit für einen Folgeschub verbunden [23]. In einer weiteren Studie zeigte sich, dass der Therapieerfolg einer Glatirameracetat-Behandlung mit der Anwesenheit von eben diesen ZNS-reaktiven B-Zellen im Blut assoziiert war [24]. Handelt es sich hierbei um Biomarker, die Therapieerfolge prognostizieren können? Oder handelt es sich schlichtweg um Assoziationen, die erst durch die Erkrankung beziehungsweise Behandlung entstehen? Zum heutigen Zeitpunkt kann diese Frage nicht beantwortet werden.

Was ist nötig?

Müssen wir nach Biomarkern suchen, die ein kleines oder großes Gebiet umfassen? Eines ist sicher, die Erkrankung mit den 1.000 Gesichtern wird sich nicht so leicht wie wir es uns vielleicht ge-

wünscht hätten, enträtseln lassen. Es ist ein „interdisziplinärer“ Ansatz in der Biomarkersuche nötig. Zelluntergruppenverhältnisse, Serumproteinauffälligkeiten und Autoantikörpertiter im Serum und Liquor werden eines Tages wie ein Fingerabdruck sein, der dem Arzt den Weg zur personalisierten Medizin weist. Bis dahin bleiben uns kleine Etappensiege und viele Rückschläge im Kampf gegen eine Erkrankung, die immer noch nicht verstanden ist und mit zunehmendem Therapieangebot sozioökonomisch eine immer größere Herausforderung darstellt [1, 25]. Diese Herausforderung nehmen wir als Wissenschaftler und Ärzte gerne an. □

LITERATUR

- Petersen G et al. *Nervenarzt* 2014; 85: 990–8
- Polman CH et al. *Ann Neurol* 2011; 69: 292–302
- Wild F. *Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2014*. Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln 2016
- Derfuss T. *BMC Medicine* 2012; 10: 116
- Harris VK, Sadiq SA. *Mol Diagn Ther* 2014; 18: 605–17
- Housley WJ. *Clin Immunol* 2015; 161: 51–8
- Katsavos S. *Mult Scler Int* 2013; 340508
- Paolicelli D et al. *Eur J Clin Pharmacol* 2016; 72: 1025–9
- Brickshawana A et al. *Lancet Neurol* 2014; 13: 795–806
- Nerrant E et al. *Mult Scler* 2014; 20: 1699–1703
- Srivastava R et al. *N Engl J Med* 2012; 367: 115–23
- Berger T et al. *N Engl J Med* 2003; 349: 139–45
- Pelayo R et al. *N Engl J Med* 2007; 356: 426–8
- Kuhle J et al. *N Engl J Med* 2007; 356: 371–8
- Kuhle J et al. *Mult Scler* 2016; pii: 1352458515623365
- Griffin DO et al. *J Exp Med* 2011; 208: 67–80
- Weyand CM et al. *Mech Ageing Dev* 1998; 102: 131–47
- Pinto-Medel MJ et al. *J Neuroimmunol* 2012; 243: 1–11
- Tørring C et al. *J Neuroimmunol* 2013; 262: 92–9
- Milo R. *Autoimmun Rev* 2016; 15: 714–8
- Blauth K et al. *Front Immunol* 2015; 6: 565
- Kuerten S et al. *Clin Immunol* 2014; 152: 20–4
- Hohmann C et al. *Acta Neuropathol Commun* 2014; 2: 138
- Rovituso DM et al. *Sci Rep* 2015; 5: 14265
- BARMER GEK – Arzneimittelreport 2014

AUTOREN

Dipl.-Humanbiol. Damiano M. Rovituso
Prof. Dr. med. Stefanie Kuerten
Institut für Anatomie und Zellbiologie,
Universität Würzburg,
Koellikerstr. 6, 97070 Würzburg

Weiterhin in Arbeit – der EBM

Der neue einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist weiter „in Arbeit“. Wie zu erwarten war, steckt der Teufel im Detail und die Fertigstellung wird sich wahrscheinlich bis weit in das

nächste Jahr ziehen. Die wesentlichen Hausaufgaben der Berufsverbände sind gemacht. Unsere detaillierten Vorschläge liegen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vor. Wir haben die in Neurologie und Psychiatrie notwendigen Anpassungen und neuen Leistungen über ein umfassendes Gutachten vorkalkuliert sowie plausibilisiert und damit auf eine gut begründete rationale Grundlage gestellt. Hierüber hatten wir wiederholt berichtet. Die weiteren Verhandlungen mit der KBV sind in diesen Tagen geplant. Im Hintergrund werden noch grundsätzliche Anpassungen der Kalkulationsgrundlagen für alle Fächer vorgenommen. Hier zählen Anpassungen der Kalkulationszeiten des EBM über arztgruppenspezifische Anpassungsfaktoren, sodass die durchschnittliche Bruttokalkulationszeit der Ärzte einer Fachgruppe auch ihrer durch-

schnittlichen tatsächlichen Arbeitszeit („Bruttoarbeitszeit“) entspricht, um sie dann erneut mit den Berufsverbänden zu plausibilisieren. Weitere grundsätzliche Entscheidungen stehen an, unter anderem zur Frage, wie angestellte Ärzte in die Kalkulation einfließen oder zusätzliche Einnahmen in der Arbeitszeit berücksichtigt werden. Zu diesem Zeitpunkt können wir allerdings noch nichts Neues oder Sicheres verkünden. Wir werden in den Verhandlungen mit der KBV darauf bestehen, dass medizinisch dringend erforderliche neue Leistungen wie die Botulinumtherapie oder Nerven-sonografie im EBM abgebildet werden und dass die Zuwendungsleistungen angemessen vergütet werden. Sobald sich hier Ergebnisse abzeichnen, werden wir selbstverständlich an dieser Stelle berichten.

Dr. Uwe Meier, Dr. Frank Bergmann



© Markus Scholz / dpa / picture alliance

Ein Trauerspiel seit Dekaden – die GOÄ

Man mag es kaum glauben: Die aktuell gültige Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 12. November 1982 ist am 23. Dezember 1995 das letzte Mal geändert worden. Eine Anpassung ist aus wirtschaftlichen, aber auch aus medizinischen Gründen dringend überfällig. Die GOÄ stellt damit ein ausgesprochen unrühmliches Kapital dar, in dem Politik und Ärzteschaft gleichermaßen kein gutes Bild abgeben. Die Politik hat anders als in der Gebührenordnung der Anwälte kein originäres Interesse daran, dass Ärzte höher vergütet werden. Dies liegt auch daran, dass Anwälte als Berufsgruppe überdurchschnittlich in den politischen Gremien vertreten sind, Ärzte hingegen kaum. Der zweite und wesentliche Grund ist, dass die öffentlichen Haushalte durch die GOÄ belastet werden. Die nunmehr seit vielen Jahren verhandelte GOÄ war inhaltlich schon sehr weit und die Hoffnungen auf einen Abschluss waren berechtigt – bis ein Riss durch die Ärzteschaft ging, weil die Kritik an den bisher bekannt gewordenen

geplanten Änderungen und an der Verhandlungstaktik der Bundesärztekammer (BÄK) zu groß wurde und schließlich in einem Antrag auf Abberufung des BÄK-Präsidenten gipfelte.

Der Vorstand der BÄK hatte bereits auf dem Sonderärztertag im Januar 2016 in Berlin eine erneute Prüfung der Leistungslegenden und Bewertungen beschlossen. Auf dem Deutschen Ärztertag im Mai 2016 wurde ergänzend ein eigenständiger ärztlicher Entwurf der GOÄ beschlossen, der auf der Grundlage von ärztlichem Sachverstand (erneut) betriebswirtschaftlich kalkuliert werden sollte. Weiterhin wurde dort beschlossen, dass die Berufsverbände und wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften in die Verhandlungen zur GOÄ einbezogen sowie regelmäßig und umfassend über den Stand der Verhandlungen unterrichtet werden sollen. In die Bewertung der notwendigen Simulationsberechnungen sollen die Berufsverbände ebenfalls einbezogen werden. Die aktuelle Verzögerung der Verabschie-

dung einer überarbeiteten GOÄ ist diesmal demnach mehr den innerärztlichen Querelen geschuldet. Gleichwohl ist wieder Bewegung in die Entwicklung gekommen.

Nach den umfassenden, detailreichen und arbeitsintensiven Vorarbeiten der Verbände, die wir namentlich Dr. Rolf Hagenah, Dr. Gunther Carl, Dr. Holger Grehl und Dr. Elmar Busch zu verdanken haben, sind die Verbände derzeit wieder auf der Arbeitsebene aktiv, um die Verhandlungen mit der BÄK vorzubereiten. In Konsequenz der skizzierten zeitlichen Verzögerung kann allerdings kaum noch kurzfristig mit einer neuen GOÄ gerechnet werden, denn diese Gebührenordnung muss parlamentarisch, also von Bundestag und Bundesrat verabschiedet werden. Erst nach der Bundestagswahl 2017 – und in Abhängigkeit der Mehrheiten in der neuen Regierung – wird sich das weitere Schicksal der GOÄ entscheiden!

Dr. Uwe Meier, PD Dr. Elmar Busch,
Dr. Frank Bergmann

Gemeinsame Task force DRG nimmt Aktivitäten auf

In der Finanzierung der ambulanten neurologischen Versorgung ist es Aufgabe der Berufsverbände, die Vergütungssystematik über den EBM mit der KBV und damit mittelbar auch mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu verhandeln beziehungsweise den hierfür notwendigen fachspezifischen Input zu geben. BDN und BVDN haben durch jahrelange Erfahrung und etablierte Kontakte zu der Selbstverwaltung den abrechnungsfähigen Leistungskatalog inhaltlich maßgeblich mitgestaltet.

Analog zum EBM erfolgt die Finanzierung der Krankenhäuser über das DRG-System, das eine Zuordnung von individuellen Behandlungsfällen zu einer DRG-Pauschale anhand der während des Krankenhausaufenthaltes dokumentierten Patienten- und Falldaten ermöglicht. Kodiert werden medizinische Diagnosen und Prozeduren anhand ICD-10 und der OPS-Klassifikation. ICD- und OPS-Prozeduren-Schlüssel werden vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in Köln herausgegeben.

Die Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des neuen DRG-Systems haben die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen – Deutsche Krankenhausesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung – an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus in Siegburg (InEK) übertragen, das auch mit der jährlichen Überarbeitung und Anpassung befasst ist.

Professionelle Lösungen gefragt

Die Abbildung neurologischer Leistungen hat sich bereits in der Vergangenheit im DRG-System als nicht zufriedenstellend herausgestellt. Viele Leistungen konnten allerdings über die Vergütung der Schlaganfallbehandlungen in den Stroke Units querfinanziert werden. In letzter Zeit hat sich die Vergütungssituation ungünstig entwickelt, da einige neurologische DRG nicht kostendeckend sind. Es besteht zunehmend Handlungsbedarf, neurologische Leistungen adäquat im OPS-Verzeichnis abzubilden. Die DRG-Kommission der DGN unter der Leitung von Dr. Rein-

hard Kiefer war hier sehr aktiv und hat vor diesem Hintergrund ein eigenes Kalkulationsprojekt durchgeführt sowie neue Komplexcodes beantragt. Weitere Codes wären notwendig, zum Beispiel für Schwindel oder atypische Parkinson-Syndrome. Die Durchsetzung ist jedoch äußerst schwierig und lässt sich kaum noch neben der täglichen Routine bewerkstelligen. Die DGN kommt als wissenschaftliche Fachgesellschaft zudem an formaljuristische Grenzen. BDN und DGN haben aus diesem Grund eine Task force DRG gegründet, mit dem Ziel einer vermehrt strategischen Ausrichtung der Aktivitäten, unter anderem durch Hinzuziehung von professionellen Beratern und gegebenenfalls Gutachterinstituten, wie wir das auch für die Weiterentwicklung des EBM praktiziert haben.

Mitglieder der Task force sind Dr. Reinhard Kiefer, Dr. Martin Grond, Wolfgang Heide, Professor Gereon Fink, Dr. Uwe Meier und für die Kommission leitender Krankenhausärzte Professor Frank Erbguth.

Dr. Uwe Meier, Dr. Frank Bergmann

Regionale ZNS-Thementage

Das Bewusstsein für ZNS-Erkrankungen in der Bevölkerung ist in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Um dieser Entwicklung und dem damit einhergehenden zunehmenden Informationsbedürfnis insbesondere von Betroffenen, Angehörigen und anderen Interessierten Rechnung zu tragen, haben die Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP das Projekt der „Regionalen ZNS-Thementage“ ins Leben gerufen. Alle Mitglieder der Berufsverbände können einen regionalen ZNS-Thementag planen und vor Ort durchführen. Solche Veranstaltungen tragen außerdem dazu bei, die Rolle von Neurologen, Psychiatern und Nervenärzten als die zentralen Ansprechpartner für psychische und neurologische Erkrankungen zu stärken.

Die Berufsverbände unterstützen Sie dabei auf dreierlei Weise:

- 1. Fertig ausgearbeiteter Vortrag:** Die Berufsverbände wählen in jedem Jahr zwei Themen aus – jeweils eines aus dem Bereich Neurologie und Psychiatrie, zu denen sie Vorträge ausarbeiten und zur Verfügung stellen. Erste Power-Point-Vorträge stehen nun zum Thema Burnout/Depression und Kopfschmerz bereit.
- 2. Checkliste zur Planung einer Veranstaltung:** Zusätzlich gibt es eine Checkliste, die Ihnen die Planung der Veranstaltung erleichtert. Welchen Kriterien sollte ein Veranstaltungsort genügen? Welche Partner könnten in den ZNS-Thementag einbezogen werden? Diese Fragen und vieles mehr werden hier angesprochen.
- 3. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:** Für den Erfolg der Informationsveranstaltung sind Presse- und Öffentlichkeitsarbeit wesentlich. Die Pressestelle der Berufsver-

bände kann Sie bei der Pressearbeit zu Ihrem ZNS-Thementag unterstützen.

Den Berufsverbänden ist es ein Anliegen, dass möglichst viele Mitglieder dieses neue Projekt der Berufsverbände nutzen und einen ZNS-Thementag in ihrer Region durchführen. Um eine optimale Unterstützung zu erhalten, melden Sie bitte Ihren „Regionalen ZNS-Thementag“ bei der unten genannten Pressestelle der Berufsverbände formlos per E-Mail oder telefonisch an. Auch für Rückfragen stehen Ihnen die Verbände jederzeit gerne zur Verfügung.

Kontakt:

Jochen Lamp
Kommunikation & Pressestelle der
Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP
Telefon: 069 678 698 90, Mobil: 0172 4576 407
E-Mail: jochen.lamp@monks.de

Neuer Ansatz

„Ambulanzpartner“ – digital unterstütztes Versorgungsmanagement

In der ambulanten Versorgung neurologischer Patienten können hohe Bedarfe der Hilfs- und Heilmittelversorgung sowie der spezialisierten Pharmakotherapie entstehen. Die komplexe Versorgung wird für Patienten, Neurologen und Versorger durch erhebliche Schnittstellenprobleme erschwert. „Ambulanzpartner“ adressiert diese Herausforderung mit einem hybriden Versorgungsmanagement, das ein Fallmanagement mit einer digitalen Managementplattform kombiniert.

Bei Menschen mit chronischen neurologischen Erkrankungen können hohe und komplexe Bedarfe der Hilfs- und Heilmittelversorgung sowie der spezialisierten Pharmakotherapie ent-

stehen. Ein kritisches Moment ist die Koordination der notwendigen Versorgung und die Abstimmung der beteiligten Leistungserbringer. So bestehen unzureichende Strukturen, die eine Ab-

stimmung verschiedener Therapeuten (z. B. Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie) und unterschiedlicher Segmente der Hilfsmittelversorgung (z. B. Mobilitäts- und Kommunikationshil-

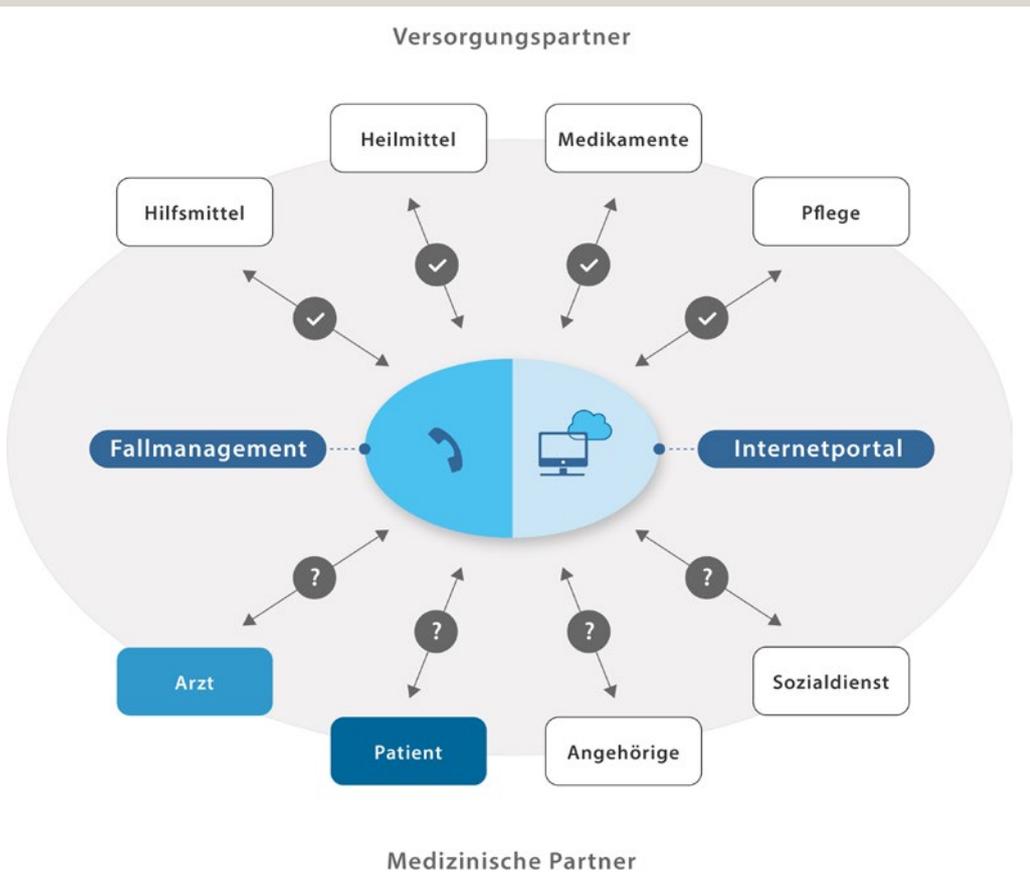


Abb. 1: Ambulanzpartner unterstützt Patienten, Angehörige, Ärzte, Sozialdienste und Versorgungspartner mit einem hybriden Versorgungsmanagement, das ein Fallmanagement mit einer digitalen Management-Plattform kombiniert.

fen) gewährleisten. Die erforderlichen Strukturen für eine dienstleistungsförmerige und digitale Vernetzung sind in der Regelversorgung nur ansatzweise vorhanden.

Patientenperspektive

Die Frage nach geeigneten Therapien und der Weg zu einer qualifizierten Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln gehören zu den häufigsten Anliegen von Patienten (und ihren Angehörigen) mit schweren und seltenen neurologischen Erkrankungen. Dabei erhalten Patienten – jenseits der Akutversorgung – eine geringe strukturierte Unterstützung. Bei einer komplexen (z. B. bei Morbus Parkinson) oder seltenen Medikationsbehandlung (z. B. Off-Label-Medikation bei ALS) entstehen zudem zunehmende Bedarfe einer neurologischen Spezialisierung von Apothekern.

Arztperspektive

Hilfs- und Heilmittel haben einen geringen Anteil an den neurologischen Ausbildungsinhalten. Die Leitlinien der neurologischen Fachgesellschaften beinhalten nur im Ausnahmefall spezifische Indikatoren der Hilfs- und Heilmittelversorgung. Zugleich besteht eine sehr hohe Produktvielfalt und Komplexität, die an die ärztliche Indikationsstellung besondere Anforderungen stellen. Das gilt insbesondere für Neuentwicklungen der Orthetik, Elektromobilität, Sondersteuerung und der elektronischen Kommunikationshilfen. Weiterhin entstehen erhebliche Aufwendungen im Genehmigungsprozess von Hilfsmitteln (ärztliche Stellungnahmen zur Indikation und Wirtschaftlichkeit). Aus ärztlicher Perspektive besteht ein hoher Bedarf, die eigenen Kompetenzen in der Hilfs- und Heilmittelversorgung zu stärken und die organisatorischen Belastungen durch ein professionelles Versorgungsmanagement zu reduzieren.

Versorgerperspektive

Versorger von Hilfs- und Heilmitteln und Apotheken haben hohe Aufwendungen in der Erhebung von patientenbezogenen Daten. Informationen über spezifische Versorgungsziele und Randbedingungen der Versorgung müssen ausführlich recherchiert werden. Zu-

gleich sind Informationen über bereits erfolgte, geplante oder parallele Versorgungen durch andere Versorger eingeschränkt. Aus Versorgerperspektive besteht ein hoher Bedarf, die bestehenden Kommunikationsbarrieren zu Patienten, Angehörigen, Ärzten und anderen medizinischen Partnern abzubauen und vorhandene Ressourcen zur Beschaffung von Informationen zu nutzen.

Grundkonzept von „Ambulanzpartner“

„Ambulanzpartner“ (AP) (www.ambulanzpartner.de) ist ein hybrides Versorgungsmanagement-Konzept, das auf einer Kombination von koordinativen Dienstleistungen mit einer digitalen Managementplattform beruht (Abb. 1). Im persönlichen, telefonischen oder elektronischen Kontakt mit Patienten (und Angehörigen), medizinischen Partnern (Ärzten, Pflegediensten, Sozialdiensten) sowie Versorgern realisieren Koordinatoren ein Fallmanagement der Hilfsmittel- und Heilmittelversorgung und der spezialisierten Pharmakotherapie.

Das Fallmanagement wird in zwei unterschiedlichen Szenarien umgesetzt. Bereits vorhandene Mitarbeiter (medizinische Fachangestellte, Pflegefachkräfte, Sozialarbeiter) in Ambulanzen, Schwerpunktpraxen oder Krankenhäusern nutzen die AP-Dienstleistungsarchitektur, um das eigene neurologische Fallmanagement zu optimieren. Einrichtungen, die kein eigenes Fallmanagementpersonal vorhalten, verweisen auf das Angebot des externen AP-Versorgungsmanagements.

Die Kommunikationsplattform stellt das AP-Internetportal dar, auf der die Versorgungsprozesse zwischen den Koordinatoren und den Versorgungspartnern (Sanitätshäuser, Therapiepraxen, Apotheken) digital abgebildet werden. Die Nutzung durch Patienten, Angehörige, Ärzte und andere medizinische Partner ist optional und keine Bedingung für das Funktionieren des AP-Konzeptes.

Freiwilligkeit und offenes Netzwerk

Die Freiwilligkeit, die wahlweise Nutzung und die bedingungslose Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme sind Grundprinzipien des AP-Konzeptes. Die

Teilnahme stellt keine „Entweder-Oder“-Entscheidung dar. So können Versorgungen innerhalb des AP-Netzwerkes koordiniert werden, während Patienten auch parallel weitere Versorgungen selbst organisieren. Das Netzwerk ist dabei offen und dynamisch. Partner können ohne formale Barrieren dem Netzwerk beitreten oder die Teilnahme beenden. Die Leistungen für Patienten, Angehörige, Ärzte und andere medizinische Partner sind kostenfrei. Für Versorgungspartner (Hilfsmittel- und Heilmittelversorger, Apotheken, Hersteller und weitere Dienstleister) werden Gebühren für erbrachte Dienstleistungen und die Portalnutzung erhoben.

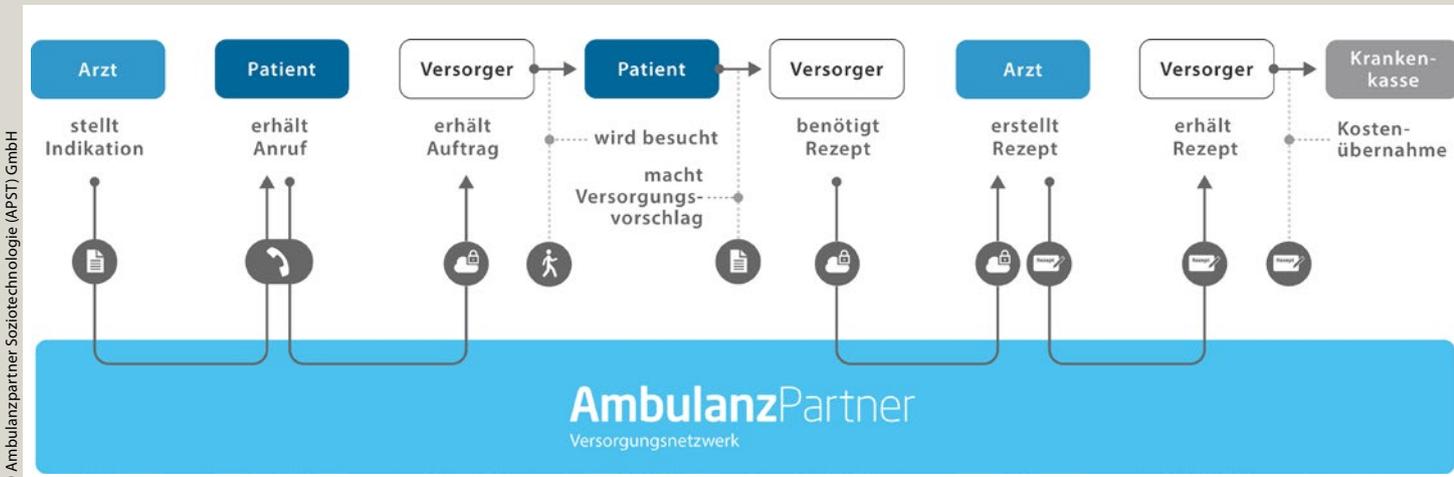
Thematischer Schwerpunkt ist die ambulante Versorgung neurologischer Patienten mit Hilfsmitteln, Heilmitteln und Medikamenten. Ausgangspunkt des AP-Konzeptes war das Versorgungsmanagement bei der amyotrophen Lateralsklerose (ALS). Weitere Indikationen im AP-Konzept sind Multiple Sklerose (MS), Morbus Parkinson, atypische Parkinson-Syndrome, Muskelerkrankungen und andere neuromuskuläre Erkrankungen sowie der Schlaganfall in der postakuten Nachbehandlung.

Versorgung und Forschung

Im AP-Konzept wird ein dualer Ansatz verfolgt. Daten, die im Kontext des Versorgungsmanagements entstehen, werden auf Basis eines informierten Einverständnisses der Patienten für eine systematische Analyse der Versorgung genutzt. Damit entsteht ein „Doppeleffekt“: Die Digitalisierung von Versorgungsdaten auf dem Internetportal der AP dient unmittelbar der Koordination der Versorgung und zugleich der Versorgungsforschung durch die Auswertung von „Routine“-Daten (Real World Evidence).

Hilfsmittelmanagement

Die Indikation für die Hilfsmittelversorgung wird unverändert durch einen Arzt gestellt. In der ambulanten Regelversorgung verordnet er das entsprechende Hilfsmittel. Unabhängig und im Nachgang der ärztlichen Indikation wird dem Patienten die organisatorische Unterstützung durch AP angeboten. Der Patient wird über die Möglichkeiten und



© Ambulanzpartner Soziotechnologie (APST) GmbH

Abb. 2: Hilfsmittelmanagement mit Ambulanzpartner. Die Hilfsmittelversorgung ist ein komplexer Vorgang, an dem Arzt, Patient und Versorger in mehreren Schritten beteiligt sind. Durch ein Fallmanagement (Ambulanzpartner) wird der Versorgungsprozess an mehreren Schritten unterstützt.

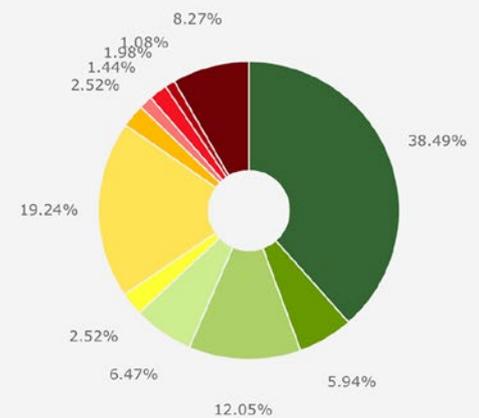
Sie nehmen Riluzol ein. Wir möchten Sie bitten uns mitzuteilen, wie wahrscheinlich es ist, dass Sie Riluzol einem Freund (m/w) oder Kollegen (m/w), der oder die an einer ALS erkrankt ist, weiterempfehlen würden.

Meine Empfehlung auf einer Skala von 0 bis 10 Punkten:

0 = Eine Empfehlung ist absolut unwahrscheinlich, 10 = Eine Empfehlung ist höchst wahrscheinlich

Antwortmöglichkeiten und Anzahl der Antworten

Antwort	Anzahl	Prozent
10	214	38.49%
9	33	5.94%
8	67	12.05%
7	36	6.47%
6	14	2.52%
5	107	19.24%
4	14	2.52%
3	8	1.44%
2	11	1.98%
1	6	1.08%
0	46	8.27%
Gesamt	556	



© Ambulanzpartner Soziotechnologie (APST) GmbH

Abb. 3: Patientenbewertungen durch Ambulanzpartner. Beispiel einer Patientenbewertung der Weiterempfehlung des Medikaments Riluzol von Patienten mit ALS anhand des Net Promoter Scores („Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie das Produkt einem Freund oder Kollegen weiterempfehlen würden?“)

Grenzen des AP-Konzepts informiert und beraten. Die Teilnahme setzt die Unterzeichnung einer Einwilligung- und Datenschutzerklärung voraus. Der Ablauf der Hilfsmittelversorgung ist in **Abb. 2** schematisch dargestellt.

Heilmittelmanagement

Bei schweren oder seltenen Erkrankungen besteht eine hohe Nachfrage für eine spezialisierte Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie. Von Interesse sind Therapiepraxen, die besondere Kompetenzen oder Versorgungsoptionen aufweisen. So haben subspezialisierte Therapiepraxen mit einer Erfahrung bei bestimmten Indikationen (MS, ALS, Bewegungsstörungen, neuromuskuläre Erkrankungen, Physiotherapie nach Botulinumtoxin-Behandlung der Spastik nach Schlaganfall) eine hohe Relevanz. Ein häufiges Suchkriterium sind Therapiepraxen, die eine hochfrequente Therapie (vier bis fünf Therapien pro Woche in Doppelbehandlung) im Hausbesuch realisieren können. Analog zur Hilfsmittelversorgung steht am Anfang die Beauftragung des Versorgungsmanagements durch den Patienten.

Medikamentenmanagement

Bei komplexen und seltenen Erkrankungen ist die fachliche Spezialisierung von Apotheken ein Vorteil. So bieten neurologisch spezialisierte Apotheken Kommunikationswege für Patienten mit Sprachstörungen und eingeschränkter Mobilität an (gesonderte Telefonnummern, SMS, E-Mail). Die Spezialisierung führt zu einer besonderen Expertise in der Versorgung und Beratung zu Medikamenten der symptomatischen oder palliativen Behandlung neurologischer Krankheitsbilder. Die Medikation ist auf dem Portal elektronisch dokumentiert und für alle Netzwerkpartner einsehbar (z. B. Informationen für Therapeuten oder Hilfsmittelversorger über sedierende oder spasmolytische Substanzen). Die Teilnahme von Patienten am Medikationsmanagement unterliegt den Anforderungen des Apothekengesetzes. Dazu sind (einmalig) die Erklärung zur freien Apothekenwahl sowie ein Lieferauftrag notwendig (Einwilligung in die Lieferung von Medikamenten nach Hause).

Rezeptmanagement

AP bietet für Patienten ein Rezeptmanagement für Folgeverordnungen (Hilfs- und Heilmittel) und Folgerezepte (Medikamente) an. Der Versorger übersendet einen Rezeptvorschlag über die notwendige Folgeverordnung an AP. Ein AP-Koordinator leitet den Rezeptvorschlag an den verordnenden Arzt weiter, der diesen prüft und das Rezept ausstellt. Der Weg über AP führt aus der Perspektive einer Ambulanz (oder Schwerpunktpraxis) zu einem Effizienzgewinn, da Rezeptanforderungen von AP-teilnehmenden Patienten über einen einheitlichen elektronischen Weg erfolgen. Telefonanrufe, Faxsendungen und Briefe zum Zwecke der Folgerezepte werden abgebaut.

Modulare Dienstleistungen

Die Dienstleistungen dienen der Kommunikation und Vernetzung zwischen Patient, Arzt und Versorgungspartnern und können gemeinsam oder in einzelnen Komponenten in Anspruch genommen werden. Die AP-Dienstleistungsarchitektur setzt sich zusammen aus:

- Versorgungskoordination (Fallmanagement)
- Dokumentenmanagement
- Rezeptmanagement
- Beschwerdemanagement
- Widerspruchsmanagement
- Netzwerkmanagement

Patientenbewertungen

Patientenbewertungen werden durch dafür geschultes Personal erhoben. Das Assessment beinhaltet die Befragung von Patienten im Direktkontakt, per Telefon oder per E-Mail und dient der Bewertung von Medizinprodukten, Dienstleistungen und Medikamenten sowie von Versorgern und medizinischen Partnern (Beispiel in **Abb. 3**).

Digitale Plattform

AP ist eine digitale Kommunikations- und Managementplattform, über die sämtliche Dienstleistungen im Versorgungsmanagement dokumentiert und gesteuert werden. Es verknüpft eine elektronische Versorgungsakte mit einer digitalen Prozesssteuerung zum Zwecke des Versorgungsmanagements. Eine Beschreibung der erhobenen Daten sowie

ein Konzept für den Datenschutz und die Datensicherheit wurden bereits an anderer Stelle beschrieben [Meyer T et al. *Klin Neurophysiol* 2013; 44: 159–66].

Projektentwicklung

Das AP-Konzept wurde im Hilfsmittelmanagement bei der ALS prototypisiert und im April 2011 an der ALS-Ambulanz der Charité gestartet. Im Projektverlauf traten die ALS-Ambulanzen der Universitätskliniken Bochum, Jena, Hannover, Dresden, Ulm, Münster, Leipzig und Halle hinzu [Funke A et al. *Nervenarzt* 2015; 86: 1007–17]. Von April 2011 bis März 2015 wurden 1.494 ALS-Patienten und 11.364 Hilfsmittel in der ALS-Indikation koordiniert. Seit 2013 wurde das Hilfsmittelmanagement für Patienten mit MS, Parkinson-Syndromen und neuromuskulären Erkrankungen realisiert. In allen Indikationen zusammen erfolgte insgesamt eine Koordination von 31.381 Hilfsmitteln (Stand: 31. Juli 2016).

Die Heilmittelversorgung ist derzeit auf die Region Berlin-Brandenburg begrenzt. An dem regionalen Netzwerk sind 482 Physiotherapeuten, 149 Ergotherapeuten und 184 Logopäden beteiligt. Bisher wurden 47.189 Heilmittel koordiniert (Stand: 31. Juli 2016). Das Versorgungsmanagement für die Pharmakotherapie wurde im Jahr 2013 in der ALS-Indikation prototypisiert und in den Indikationen MS, Morbus Parkinson, atypische Parkinson-Syndrome und Spastikbehandlung des Schlaganfalls mit Botulinumtoxin weiterentwickelt. Im bisherigen Projektverlauf wurden 17.162 Medikamente koordiniert (Stand: 31. Juli 2016).

Mehrseitiger Nutzen

Das AP-Konzept beruht auf dem Grundprinzip einer mehrseitigen Plattform („multi sided platform“). In diesem Modell liefern verschiedene Partner unterschiedliche Beiträge zur Plattform und generieren rollenspezifische Vorteile: Für Patienten und ihre Angehörigen steht die Unterstützung bei der Suche geeigneter Versorger und der Besorgung von Folgerezepten in der dauerhaften Heilmittel- und Medikamentenversorgung im Vordergrund. Hinzu kommt eine aktive Teilnahme am Versorgungs-

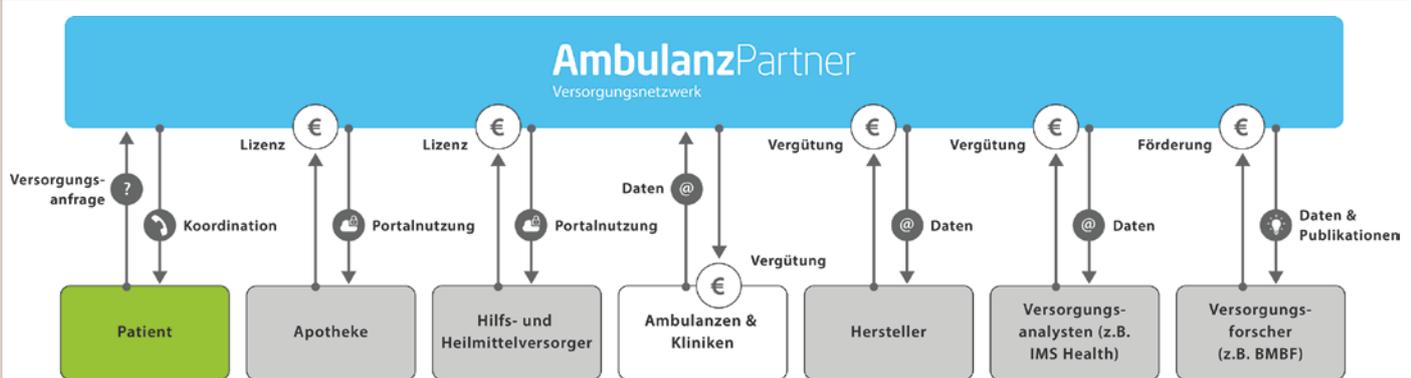


Abb. 4: Finanzierung von Ambulanzpartner durch mehrseitiges Plattformmodell. Die koordinativen Dienstleistungen und die Nutzung des Internetportals werden für Patienten (und medizinische Partner) kostenfrei angeboten. Dieses Angebot wird ermöglicht, da in anderen Leistungsbeziehungen Erlöse generiert werden (Lizenzentnahmen von Hilfs- und Heilmittelversorgern, Vergütung aus Datennutzung). Die Finanzierung folgt dem „Shared-Value-Ansatz“, in dem die ökonomischen Vorteile (Versorgungspartner) für die Schaffung eines gesellschaftlichen Mehrwertes (Versorgungsmanagement) genutzt werden.

prozess durch Dateneinsicht und durch Patientenbewertungen („Empowerment“). Für Ärzte stehen ein Zeit- und Effizienzgewinn durch das Versorgungsmanagement im Vordergrund. Zusätzlich wird die eigene Kompetenz in der Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln durch Patienten-Feedback gestärkt. Durch ein Rezept- und Verordnungsmanagement im Auftrag von Patienten können zusätzliche zeitliche und personelle Ressourcen in Ambulanzen und Arztpraxen geschaffen werden. Auch für Versorger entstehen erhebliche Zeit- und Effizienzgewinne, die bei der Informations- und Datenbeschaffung sowie im Rezept- und Verordnungsmanagement liegen. Weiterhin entstehen verschiedene Vorteile im Qualitätsmanagement und in der Stärkung von Differenzierungsmerkmalen.

Finanzierungsmodell

AP wird über ein mehrseitiges Plattformmodell finanziert (Abb. 4). Für die medizinischen Partner (Patienten, Angehörige, Ärzte) werden die Dienstleistungen und das Internetportal kostenlos zur Verfügung gestellt. Die Dienstleistungsarchitektur und Technologieplattform werden aus Lizenzen der Versorgungspartner (Hilfs- und Heilmittelversorger, Apotheken und andere Lizenznehmer) finanziert. Die Gebühren für die Dienstleistungen sowie die Lizenzge-

bühr für die Portalnutzung werden in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen und einer detaillierten Leistungsbeschreibung definiert. Die Zahlungsbereitschaft der Versorgungspartner ergibt sich aus Effizienzvorteilen der eigenen Leistungserbringung, einer Qualitätssteigerung und einem verbesserten Ressourcenmanagement.

Organisationsform

Die Dienstleistungen des Versorgungsmanagements und das dazugehörige Internetportal werden durch die „Ambulanzpartner Soziotechnologie GmbH“ (APST) entwickelt und angeboten. Die APST ist eine Ausgründung aus der Charité im Jahr 2007, sie wurde durch die Technologiestiftung des Landes Berlin (TSB) mit einem Darlehen der landeseigenen Investitionsbank Berlin (IBB) gefördert. Die IBB hält eine atypische stille Beteiligung an der APST. Der Rechtsrahmen wurde an anderer Stelle beschrieben [Meyer T et al. Klin Neurophysiol 2013; 44: 159 – 66].

Chancen in der Digitalisierung

Gesamtgesellschaftlich besteht ein Megatrend von digitaler Vernetzung und integrativer Kommunikation. Die Gesundheitsversorgung ist von dieser Entwicklung (noch) weitgehend entkoppelt und durch eine hochgradige Sektoreierung gekennzeichnet. Die Zusammen-

arbeit zwischen Ärzten und Versorgern wird strukturell und sozialrechtlich begrenzt. So sind ambulante Versorgungsorganisationen auf selektivvertragliche Lösungen beschränkt und in der sonstigen Regelversorgung nicht etabliert. Der digitale Wandel (hier: AP) hat das Potenzial, zu einem Treiber von Versorgungsinnovation zu werden. In Analogie zu anderen Gesellschaftsbereichen liegen neue Chancen in einer Start-Up-Kultur, um Innovation in der Gesundheitsversorgung – ergänzend zu bereits etablierten Strukturen – hervorzubringen. □

AUTOREN

Prof. Dr. med. Thomas Meyer
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Neurologische Klinik und Experimentelle Neurologie, Projektgruppe Ambulanzpartner; Ambulanz für ALS und andere Motoneuronenerkrankungen, 13353 Berlin
E-Mail: thomas.meyer@charite.de

Prof. Dr. Christoph Münch
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Neurologische Klinik und Experimentelle Neurologie, Projektgruppe Ambulanzpartner, 13353 Berlin
E-Mail: christoph.muench@charite.de

Interessenkonflikt

Die Autoren sind Gründer von Ambulanzpartner und Gesellschafter der Ambulanzpartner Soziotechnologie (APST) GmbH.

Taktische Schachzüge an der Schnittstelle von Wissenschaft und Politik

Finster, konzentriert blickt Ernst Rüdin (1874 – 1952) als „Reichsleiter“ der am 4. September 1935 neu gegründeten „Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater“ (GDNP) auf dem Titelbild in Richtung Kamera. Doch er scheint diese nicht zu sehen, so versunken ist er in das Gespräch mit dem „Reichsgeschäftsführer“ Paul Nitsche (1876 – 1948), vor dem Hintergrund teils wissenschaftlicher, teils auf das gesellschaftliche Rahmenprogramm der Gründungsverammlung bezogener Tafelnotizen. Trefender hätte Hans-Walter Schmuhl den bildlichen Einstieg in sein Buch nicht wählen können. Es ist förmlich zu spüren, wie die beiden führenden NS-Psychiater einvernehmlich miteinander die nächsten taktischen Schachzüge planen, an jener Schnittstelle von Wissenschaft und Politik, die eine Fachgesellschaft darstellt und in der ihre Spitzenfunktionäre eine Schlüsselrolle haben. Man erfasst intuitiv den Führungsanspruch Rüdens und erahnt die ebenfalls machtvolle Position Nitsches als Berater – Rollen, die im Verlauf des Buches idealtypisch als die des „Mandarins“ und des „Socius“ beschrieben werden.

Lange war die Geschichte der psychiatrischen Fachgesellschaft – Vorläuferorganisation der DGPPN – im Nationalsozialismus ein Forschungsdesiderat. Erst 2009 entschied sich die DGPPN unter dem Präsidenten Professor Frank Schneider, Aachen, zur Einrichtung einer unabhängigen Kommission von (Medizin-)Historikern. Angesichts der Verstrickung der GDNP und vieler ihrer führenden Mitglieder in NS-Medizinverbrechen erwiesen sich die Unabhängigkeit der Kommission und die Transparenz des Vorgehens als ein erfolgreich eingesetzter Goldstandard mit Vorbildcharakter. Nach einer Ausschreibung vergab die Kommission das Projekt an den renommierten Bielefelder Historiker Hans-Walter Schmuhl, dessen Buch das Hauptergebnis darstellt und die Erkenntnisse nun einer interessierten Öffentlichkeit bekannt machen soll.

Wer eine klassische organisationsgeschichtliche Abhandlung erwartet, wird

überrascht. Denn Schmuhl erscheint die informelle Ebene – „ein dichtes Gewebe aus Beziehungen zwischen Wissenschaftlern, universitären und außeruniversitären Forschungseinrichtungen, Akteuren aus Wissenschaft, Politik und Verwaltung“ wissenschaftlich aufschlussreicher. Seine Studie lässt die verbreiteten Narrative des „Einbruchs“ der NS-Politik in die Sphäre der Wissenschaft und des „Missbrauchs“ der Medizin weit hinter sich. Sie nimmt das komplexe Wechselverhältnis von Politik und Gesellschaft am Beispiel der NS-Psychiatrie in den Blick, sie versteht „Wissenschaft“ und „Politik“ als „Ressourcen für einander“, wobei der Austausch der Ressourcen (Macht, Geld, Wissen) immer neuen Aushandlungsprozessen unterliegt. Das Beispiel der nationalsozialistischen Erbgesundheitspolitik verdeutlicht solche Prozesse gegenseitiger Instrumentalisierung: Der Staat benötigte die psychiatrische Wissenschaft zur „Fundierung und Legitimierung seiner politischen Handlungen“, Akteure aus der Wissenschaft konnten sich im Gegenzug Machtpositionen und Förderungen aneignen. Unter diesem Blickwinkel wird die Geschichte der Fachgesellschaft deswegen so interessant, weil sie sich als „hybride Struktur“ an der Schnittstelle zwischen den bislang häufig als unabhängig voneinander wahrgenommenen Sphären befindet und man hier die Aushandlungsprozesse wie unter dem Mikroskop betrachten kann.

Lässt man sich auf Schmuhls netzwerkanalytischen Zugriff ein, der wissenschaftliche Netzwerke als flüchtige und wandelbare Gebilde betrachtet, die nach den Regeln von „Freundschaft“, „Kollegialität“ und „Kumpanei“ zum Zweck der Akkumulation von Ressourcen funktionieren, und deren Mitglieder einer verdeckten Hierarchie unterliegen, dann erkennt man nicht nur die erwähnten idealtypischen Rollenmuster des „Mandarin“ und des „Socius“, sondern auf der Seite der Politik auch den „Warlord“, der in Konkurrenz mit anderen Machthabern ein exklusives Bündnis mit Akteuren aus der Wissenschaft an-



Hans-Walter Schmuhl

Die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater im Nationalsozialismus

457 S., Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016, eBook 29,99 €, ISBN 978-3-662-48744-0, Hardcover 39,99 €, ISBN 978-3-662-48743-3

strebt. Man kann mit wachsender Faszination die unterschiedlichen Akteure bei ihren Aushandlungsprozessen, Intrigen, Ränkespielen und in ihren weit in die Gesellschaft hineinreichenden Einflüssen über die Jahre beobachten. So veränderte sich zwar das zentrale Netzwerk um Rüdin, es bestand jedoch auch in der Zeit fort, als kriegsbedingt das offizielle „Vereinsleben“ der GDNP weitgehend zum Erliegen kam. Nicht nur das, sondern dieses Netzwerk durchdrang sich intensiv mit dem des „Euthanasie“-Apparates, das Nitsche um sich aufgebaut hatte. So offenbart sich schließlich die „Mitschuld der GDNP an der NS-Erbgesundheitspolitik und am Massenmord an psychisch erkrankten und geistig behinderten Menschen“.

Der Besitzer dieses Buches kann seine Krimisammlung getrost auf den Dachboden verbannen. Somit sollte einer überaus wünschenswerten weiten Verbreitung des Werkes nichts im Wege stehen.

M. Rotzoll (Heidelberg)

Veranstaltungshinweis „Neurologie in der NS-Zeit“

DGN-Kongress Mannheim, 22. September 2016, 8.30 – 10.00 Uhr, Raum 1

Vorsitz: M. Grond und A. Karenberg

8.30 Uhr Vertriebene Neurowissenschaftler und ihr Schicksal, A. Karenberg, Köln

8.55 Uhr Biografische Brüche? Mehrdeutige Lebenswege von Neurologen

im Nationalsozialismus H. Fangerau, Köln

9.20 Uhr Entgrenzte Wissenschaft. Beispiele neurologischer Forschung im

Nationalsozialismus M. Martin, Köln

9.45 Uhr Diskussion

Öffentlichkeitsarbeit

Seit einem Dutzend Jahren ...

Das Informationsportal des BDN in Kooperation mit den psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Berufsverbänden feiert sein zwölfjähriges Jubiläum.

Im Jahr 2004 startete auf Initiative von Dr. Uwe Meier (BDN), Dr. Frank Bergmann (BVDN), Dr. Christa Roth-Sackenheim (BVDP) und Dr. Christa Schaff (BKJPP) der Internetdienst „Neurologen und Psychiater im Netz“ (NPIN): www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org. Die Idee war es, ein Informationsportal für Interessierte, Patienten und Angehörige im Web zu veröffentlichen, das fundierte Informationen zu neurologischen, psychiatrischen sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungsbildern anbietet. Neben aktuellen Nachrichten und Hintergrundinformationen zu Krankheiten und Störungsbildern können die Website-Besucher auch neurologische, psychiatrische sowie kinder- und jugendpsychiatrische Praxen und Kliniken in Wohnortnähe finden. Betrieben wird das Portal inzwischen von mehreren Berufsverbänden und Fachgesellschaften für Neurologie,

Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde aus Deutschland und der Schweiz (BDN, BVDN, BVDP, BKJPP, DGGPP, DGPPN, SGPP, SGKJPP). Die Bilanz nach zwölf Jahren ist beeindruckend: Jeden Monat nutzen inzwischen mehr als 450.000 Besucher das Portal, um sich über Erkrankungen und Störungen aber auch über Praxisangebote und Kliniken zu informieren – Tendenz stark steigend. Damit ist die gemeinsame Patienten-Website das reichweitenstärkste neurologisch-psychiatrische Internetangebot im deutschsprachigen Raum. Mittlerweile hat das Portal mehrere tausend Unterseiten und ist zur Referenzseite für viele andere Medien geworden, die über neurologische und psychiatrische Themen berichten. So greifen die Deutsche Presseagentur, sehr viele Tageszeitungen und Journale Veröffentlichungen von NPIN auf.

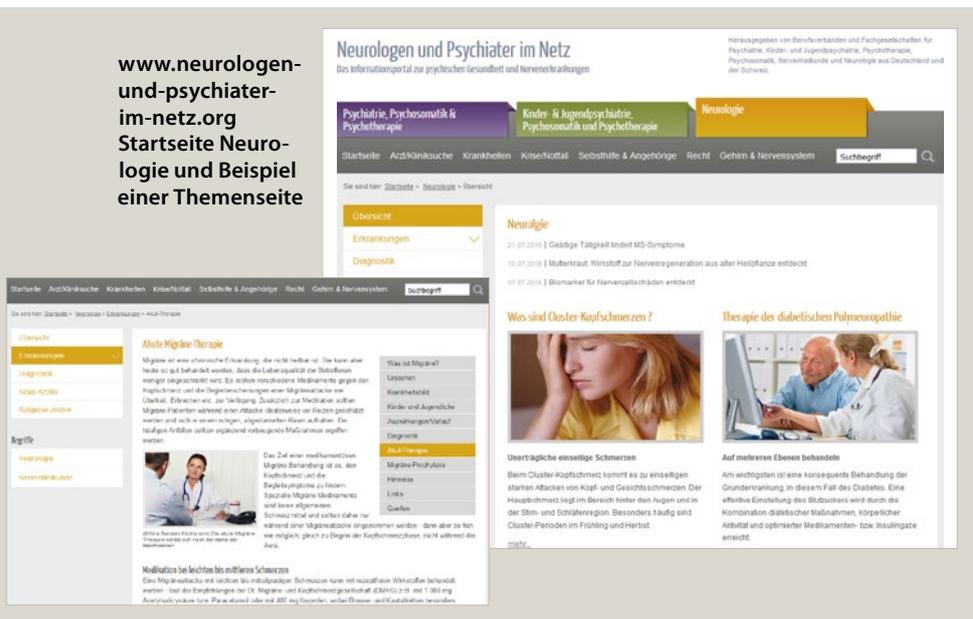
NPIN trägt auch dazu bei, ein angemessenes Bild von Menschen mit neurologischen und psychischen Erkrankungen in den Medien zu schaffen. Die von der NPIN-Redaktion erstellten und von Experten der Berufsverbände und Fachgesellschaften freigegebenen Ratgeberartikel zu neurologischen, psychiatrischen sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Themen führten 2015 im Rahmen unserer langjährigen Kooperation mit der Deutschen Presse-Agentur (dpa) zu 41 Agenturmeldungen mit einer Reichweite von über 51 Millionen Lesern.

Stellen Sie Ihre Praxis oder Klinik vor!

NPIN ist die ideale Plattform für neurologisch tätige Ärzte, Kliniken und Reha-Kliniken, um sich mit einer Homepage vorzustellen und Patienten über ihre Versorgungsangebote zu informieren. Wer bereits über einen eigenen Internetauftritt verfügt, kann diesen mit der Übersichtsseite in der Arzt- oder Kliniksuche verlinken lassen – auch um die Auffindbarkeit durch Suchmaschinen zu verbessern. Niedergelassene Neurologen können nach der Registrierung auch die PraxisApp „Mein Neurologe“ zur direkten Kommunikation mit den Patienten freischalten lassen. Anlässlich des Jubiläums entfällt bei Anmeldung bis zum 30. November 2016 für noch nicht registrierte Praxen und Kliniken die Erstellungsgebühr für die Website. Das entsprechende Anmeldeformular und Kontaktdaten finden Sie auf der nächsten Seite. Nutzen Sie die Chance, um Patienten Ihre Praxis oder Klinik auf dem großen neurologisch-psychiatrisch Informationsportal in Deutschland zu präsentieren.

AUTOR

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich



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

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, SGGP, SGKJPP.

Sonderaktion bis 30.11.2016
 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)Ärzttekammer, 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

FortbildungsAkademie-im-Netz: Online CME-Punkte für Neurologen

Mit der „FortbildungsAkademie im Netz“ können CME-Punkte zeit- und ortsunabhängig online erworben werden. Die neue Online-Plattform bietet ein wachsendes Angebot an innovativen eLearning-Modulen für alle niedergelassenen Facharztgruppen auf www.fortbildungsakademie-im-netz.de. Die Module werden von der Bayerischen Landesärztekammer in der Kategorie I zertifiziert. Die Teilnahme ist kostenlos.

Online-Module für Neurologen

Für Neurologen ist unter anderem das Modul „Arzneimittelwechselwirkungen“ von Professor Wehling, Universität Mannheim, von Interesse, das beispielsweise auf mögliche Interaktionen von Antiepileptika oder Psychopharmaka mit anderen Arzneistoffen eingeht. Ein interaktiver Aufbau ermöglicht den spielerischen Erwerb eines umfangreichen

Detailwissens. Nach erfolgreichem Abschluss gibt es 4 CME-Punkte. Die Inhalte der Fortbildungsmodulen werden mindestens einmal im Jahr von einem Experten aktualisiert und von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft. So gewährleistet der Herausgeber, dass sie neutral und immer aktuell sind. Für Rückfragen stehen ärztliche Tutoren zur Verfügung, die per E-Mail kontaktiert werden können. Jeder Arzt kann sich bequem mit seinen DocCheck-Zugangsdaten anmelden, um das Fortbildungsangebot zu nutzen.

Flexible Zeiteinteilung

Ein innovatives eLearning-Konzept gewährleistet, dass jeder Teilnehmer jedes Modul erfolgreich abschließen kann. Dabei kann die Bearbeitung eines Moduls jederzeit unterbrochen und zu einem späteren Zeitpunkt fortgesetzt werden – je nach verfügbarem Zeitfenster. Eine

Übersicht über die gestarteten Fortbildungen, die noch nicht abgeschlossen wurden, können unter dem Menüpunkt „Meine Fortbildungen“ eingesehen werden. Die Teilnahmebestätigung kann nach dem Abschluss eines Moduls aus dem Punktekonto direkt heruntergeladen werden. Dort ist auch eine Druckversion des abgeschlossenen Moduls verfügbar.

Wer die Seite zum ersten Mal besucht, sollte unter dem Menüpunkt „Mein Profil“ einige persönliche Daten hinterlegen, damit die erworbenen CME-Punkte dem persönlichen Konto gutgeschrieben werden können. Auch sollte einer Übermittlung der Punkte an den EIV zur Speicherung bei der Bundesärztekammer zugestimmt werden.

AUTORIN

Sabine Ritter, München

Nachwuchsarbeit

Zukunft braucht Neurologen



© DGN / S. Bratulic

Getreu dem Motto „Zukunft braucht Neurologen“ haben die JuNo auch 2016 wieder viele Angebote für den Nachwuchs konzipiert und umgesetzt und ein umfangreiches DGN-Kongressprogramm vorbereitet.

Die Jungen Neurologen (JuNo) sind die Nachwuchsorganisation der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN) sowie dem Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVNDN). Die JuNo bestehen als offene Community aus Medizinstudierenden und Assistenzärzten: Jeder ist willkommen eigene Ideen einzubringen. Wesentliche Ziele sind, Studierende für das Fach Neurologie zu gewinnen, Nachwuchskräfte in ihrer Weiterbildung zu unterstützen und die Faszination des Berufsfeldes Neurologie zu vermitteln. Die rund 20 Mitglieder der Kerngruppe treffen sich neben der DGN-Tagung zweimal jährlich, um sich über aktuelle und künftige Aktivitäten auszutauschen, neue Konzepte zu entwerfen und standespolitische Themen zu diskutieren. Alle zwei Jahre bestimmen die Mitglieder der Kerngruppe einen Sprecher aus ihren Reihen, der die JuNo nach außen vertritt. Diese Position hat zurzeit Dr. Anne-Sophie Biesalski aus Witten inne.

Summer Schools

Schon seit 2008 bringen die Summer Schools Nachwuchstalente mit erfahrenen Dozenten aus Klinik und Praxis zusammen. In diesem Jahr fanden sie als Summer School West, Ost, Nord und Süd wieder in Köln, Dresden, Kiel und

Tübingen statt. Außerdem hat sich die Clinical Summer School in Lüneburg fest etabliert. Sie wird von Chefarzten kommunaler Kliniken organisiert und durchgeführt. „Referenten aus der Klinik und der niedergelassenen Praxis haben auch in diesem Jahr wieder insgesamt rund 150 Nachwuchsärzte und -wissenschaftler in den Summer Schools unterrichtet. Die Referenten, die erneut ehrenamtlich zur Verfügung standen, sind nicht nur Lehrer, sondern auch Botschafter für die Neurologie“, bedankte sich Biesalski bei allen, die an den Summer Schools mitgearbeitet haben.

Mentorenprogramm

Seit dem Start des Mentorenprogramms haben die JuNo und die DGN jedes Jahr zehn 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. Gerade Berufsanfängern kann es schwer fallen, sich in der klinischen und akademischen Arbeitswelt zurecht zu finden und die richtigen Weichen für ihre berufliche Laufbahn zu stellen. Die Erfahrung der „Seniors“ kann besonders wertvoll sein. Die Mentoren sind daher Chefarzte, Ordinarien und Praxisinhaber.

Dein Tag in der Neurologie

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

Vernetzung und Journal Club

Die Website www.junge-neurologen.de ist das Kommunikationsmedium der JuNo. Sie berichtet über das Fach und die Angebote der JuNo, das Leben an der 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, Aktionen und Erfahrungen. Beliebt auf der Seite ist beispielsweise der „Journal Club“. Eine im Augenblick neunköpfige Redaktion fasst aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen in kurzen Artikeln zusammen und bewertet sie kritisch. Weiterhin weisen die Autoren auf zusätzliche Informationsquellen zum Thema.

Besonders wichtig für die Zusammenarbeit mit Studierenden und Assistenten ist außerdem die JuNo-Facebookseite. Kurze prägnante Beiträge sollen die Kommunikation in der Community der

JuNo fördern. Das soziale Netzwerk ist für viele eine gute Eintrittspforte, um mit den JuNo Kontakt aufzunehmen. Außerdem bietet Facebook Summer-School-Teilnehmern und Studierenden, die mit einem Stipendium zum DGN-Kongress kommen, eine Möglichkeit, miteinander in Kontakt zu treten.

Die JuNo sind im Bündnis junge Ärzte (BJÄ) aktiv und haben sich mit den Nachwuchsorganisationen anderer Fachgesellschaften und Berufsverbände vernetzt. Es ist für die JuNo dabei sehr schön zu erleben, wie gut sie selber mit rund 20 aktiven Mitgliedern in der Kerngruppe aufgestellt sind – betreut doch jedes Kerngruppenmitglied eigene Projekte und Vorhaben – jeweils in Abstimmung mit dem Gesamtteam. Schließlich vertreten die JuNo 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.

Sehr wichtig ist den JuNo ihr „JuNo-Hochschulnetz“: Summer Schools, Mentorenprogramm und das DGN-Stipen-

diaten-Programm – die Arbeit der JuNo hängt wesentlich davon ab, dass die Studierenden an den Hochschulen über die vielen Aktionen und Angebote rechtzeitig informiert werden. 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 Schools, 100 Stipendiaten für die DGN-Tagung und die Teilnehmer für die Tage in der Neurologie zu gewinnen.

JuNo auf der DGN-Jahrestagung

Seit Jahren gestalten die JuNo auf der DGN-Jahrestagung ein eigenes umfangreiches Programm für Medizinstudierende, PJler und Assistenzärzte. Die Angebote reichen von „Kongress-Coaching“ über Diskussionsrunden zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie bis hin zu Veranstaltungen zum Thema Forschung in der Neurologie. Neue Formate wie „Meet the expert“ und ein Work-

shop zur palliativen Versorgung sorgen dabei immer wieder für neue Impulse. Darüber hinaus haben die JuNo unter Leitung von Dr. Anselm Angermaier, Greifswald, dieses Jahr zum ersten Mal eine Fortbildungsveranstaltung für den DGN Kongress konzipiert.

Besonders beliebt sind die Veranstaltungen „State of the art“, in denen Neurologen ein praxisorientiertes Update zu jeweils drei neurologischen Erkrankungen geben. In diesem Jahr wird Professor Michael Strupp, München, außerdem ein Update „Okulomotorik-Störungen und Nystagmus“ halten. Ein Highlight ist auch die JuNo-Poster-Session, bei der Poster-Preisträger der vergangenen DGN-Tagung aktuelle Poster mit jungen Neurologen diskutieren.

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

AUTOREN

Dr. med. Anne-Sophie Biesalski, Witten
Dr. med. Arne Hillienhof, Köln

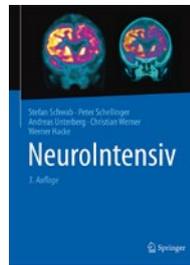
Veranstaltungen der Jungen Neurologen (JuNo) auf dem DGN-Kongress 2016 in Mannheim	
Mittwoch, 21. September	
14.00 – 16.00 Uhr DGN(forum)	Therapie 2.0 – Was passiert in der Neurorehabilitation? Vorsitz: J. Behncke, Hamburg; A.-S. Biesalski, Witten; K. Rauen, Zürich/CH; T. Schreckenbach, Aachen; D. Sturm, Bochum Experten erläutern anhand von Videodokumentationen die Verläufe von Patienten in der Neurorehabilitation und gehen auf verschiedene Therapiemöglichkeiten und aktuelle Methoden ein.
16.30 – 18.00 Uhr DGN(forum)	Mein Job, mein Leben?! Vorsitz: S. Aschenberg, Köln; C. Doppler, Köln; L. Meyer, Köln Work-Life-Balance: Wie sind Beruf und Privatleben in der Neurologie vereinbar?
ab 19.30 Uhr Barrios	Social Club der JuNo Die Partynacht der JuNo. Zusammen geht es direkt vom Kongress zur Location. Treffen am Stand der JuNo.
Donnerstag, 22. September	
9.00 – 9.20 Uhr Stand JuNo	Kongress-Guide Vorsitz: A. Angermaier, Greifswald; X. Kobeleva, Bonn Wie plane ich meinen Kongresstag? Die JuNo helfen Studenten, sich auf dem Kongress zurechtzufinden.
9.30 – 10.30 Uhr Stand JuNo	Poster Session Vorsitz: A. Angermaier, Greifswald; F. Hopfner, Kiel; X. Kobeleva, Bonn Zehn aktuelle Poster der DGN-Tagung, zehn Highlights für JuNo und solche, die es werden wollen. Präsentation mit Preisträgern der letzten DGN-Tagungen.

Fortsetzung S. 44 →

Veranstaltungen der Jungen Neurologen (JuNo) auf dem DGN-Kongress 2016 in Mannheim	
ff. Donnerstag, 22. September	
<p>13.30 – 15.00 Uhr Raum 4</p> <p style="text-align: right;">13.30 Uhr 14.15 Uhr</p>	<p>State of the Art für Berufseinsteiger – Teil 1 Vorsitz: V. Dunkl, Köln; F. Hopfner, Kiel; X. Kobeleva, Bonn; L. Müller, Würzburg; D. Sturm, Bochum Wie erkennt und behandelt man häufige neurologische Erkrankungen? Experten präsentieren die Basics und geben Tipps für den Klinikalltag. Themen: Neuroradiologische Diagnostik Differenzialdiagnosen Parkinson</p>
<p>13.30 – 16.30 Uhr Raum 3</p> <p style="text-align: right;">13.30 Uhr 14.00 Uhr 14.30 Uhr 15.00 Uhr 15.30 Uhr 16.00 Uhr</p>	<p>HTK 15: Ischämischer Schlaganfall – fit für die Stroke Unit. Gemeinsamer Kurs der JuNo und der Fortbildungsakademie der DGN Vorsitz: A. Angermaier, Greifswald; W. Hacke, Heidelberg Halbtageskurs für Weiterbildungsassistenten zur Vorbereitung auf den Einsatz auf der Stroke Unit. Unter Einbeziehung von aktuellen Studienergebnissen werden wesentliche und praxisrelevante Fakten zur Behandlung des ischämischen Schlaganfalls vermittelt. Definition, Strategien und Ergebnisse der Stroke-Unit-Behandlung, Versorgungskonzepte A. Angermaier, Greifswald Diagnostik J. Fiehler, Hamburg Akuttherapie P. Ringleb, Heidelberg Pause Sekundärprophylaxe R. Veltkamp, London/UK Reha-Organisation/-Konzepte, Komplikationen auf der Stroke Unit K. Rauen, Zürich/CH</p>
Freitag, 23. September	
<p>9.00 – 9.20 Uhr Stand JuNo</p>	<p>Kongress-Guide (s. Donnerstag) Vorsitz: J. Behncke, Hamburg; L. Müller, Würzburg</p>
<p>9.00 – 11.00 Uhr Raum 12</p> <p style="text-align: right;">9.00 Uhr 9.30 Uhr 10.00 Uhr 10.30 Uhr</p>	<p>Spotlight: Höhepunkte des wissenschaftlichen Programms Vorsitz: A.-S. Biesalski, Witten; A. Storch, Rostock Referenten stellen in Kurzvorträgen die Höhepunkte des wissenschaftlichen Programms vor. Grundlagenwissenschaftliche Studien J. Winkler, Erlangen Bildgebung und klinische Neurophysiologie C. Weiller, Freiburg Klinische Beiträge – Beobachtungsstudien A. Storch, Rostock Klinische Beiträge – Interventionsstudien M. Endres, Berlin</p>
<p>12.30 – 14.00 Uhr DGN(forum)</p>	<p>Meet the expert – klinisch-wissenschaftliches Intensivseminar Vorsitz: A. Angermaier, Greifswald; S. Knauss, Berlin; X. Kobeleva, Bonn; J. Pohlan, Berlin; F. Sand, Köln JuNo und Medizinstudierende diskutieren aktuelle Paper mit einem Experten des Fachs. Thema: Autoimmunenzephalitiden</p>
<p>14.00 – 15.30 Uhr Raum 1</p> <p style="text-align: right;">10.00 Uhr 10.30 Uhr</p>	<p>State of the Art für Berufseinsteiger – Teil 2 Vorsitz: V. Dunkl, Köln; X. Kobeleva, Bonn; L. Müller, Würzburg; K. Rauen, Zürich/CH; D. Sturm, Bochum Wie erkennt und behandelt man häufige neurologische Erkrankungen? Experten präsentieren die Basics und geben Tipps für den Klinikalltag. Themen: Neuropsychiatrische Notfälle und Psychopharmaka in der Neurologie. Neuropsychiatrische Notfälle Neurologische Pharmakotherapie – Wirkung und Wechselwirkung unter besonderer Berücksichtigung des multimorbiden/geriatrischen Patienten</p>
<p>16.30 – 18.00 Uhr DGN(forum)</p>	<p>Forschung in der Neurologie morgen: Welche Forschung wollen wir fördern? Welche Forschung bringt die Neurologie in Deutschland voran? Vorsitz: F. Bernhard, Tübingen; C. Franke, Berlin; S. Knauss, Berlin; X. Kobeleva, Bonn; D. Sturm, Bochum Erfahrene Neurologen und Neurowissenschaftler vermitteln zentrales Wissen rund ums Forschen, Publizieren und die wissenschaftliche Karriere.</p>
Samstag, 24. September	
<p>8.30 – 11.30 Uhr Seminarraum 3.8</p>	<p>JuNo-Workshop: Neurologie am Lebensende – Grundlagen der Palliativmedizin Vorsitz: A.-S. Biesalski, Witten; V. Dunkl, Köln; L. Meyer, Köln; F. Sand, Köln; D. Sturm, Bochum Der Workshop wendet sich an junge Weiterbildungsassistenten in der Neurologie und soll nicht nur wichtige klinische Inhalte der Palliativmedizin vermitteln, sondern auch im Umgang mit sterbenden Patienten und ihren Angehörigen schulen.</p>
<p>12.00 – 13.30 Uhr Raum 11</p>	<p>Update Okulomotorikstörungen und Nystagmus Vorsitz: K. Rauen, Zürich/CH; Referent: M. Strupp, München Okulomotorikstörungen und Nystagmen richtig diagnostizieren und deuten. Ein komplexes Thema anschaulich erklärt.</p>

Intensiv nachschlagen

In diesem führenden Nachschlagewerk für Intensivmediziner auf neurologischen und neurochirurgischen Intensivstationen finden Sie das spezielle intensivmedizinische Wissen zur Versorgung Ihrer Patienten: Neuroprotektion, Neuromonitoring sowie die Prinzipien der Diagnostik und Therapie spezieller neurologischer Krankheitsbilder sind systematisch und praxisnah beschrieben sowie wissenschaftlich fundiert dargestellt. Die 3. Auflage wurde komplett aktualisiert und um die Themen Dysphagiemanagement sowie PRES, RCVS erweitert. Das interdisziplinäre Herausgebersteam aus Neurologen, Neurochirurgen und



S. Schwab,
P. Schellinger,
C. Werner,
A. Unterberg,
W. Hacke (Hrsg.)
NeuroIntensiv

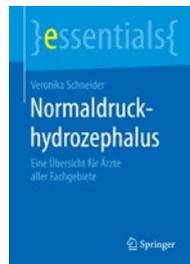
870 S., 167 Abb., 3. Aufl., Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015; eBook 99,99 €, ISBN 978-3-662-46500-4; Hardcover 129,99 €, ISBN 978-3-662-46499-1

Anästhesisten garantiert „Know-how“ auf höchstem Niveau: perfekt als Praxisbuch und Nachschlagewerk. □

Normaldruckhydrozephalus

Veronika Schneider gibt in kurzer und prägnanter Form Ärzten aller Fachgebiete einen verständlichen Überblick über das Krankheitsbild des Normaldruckhydrozephalus – eine der wenigen behandelbaren Demenzformen – um fachübergreifend eine rasche Diagnostik und Therapie zu ermöglichen.

Bisher liegt aufgrund der vielen Differenzialdiagnosen und der vergleichsweise niedrigen Inzidenz zwischen Beginn der Symptome und Behandlung oft eine größere Zeitspanne. □



Veronika Schneider
Normaldruckhydrozephalus
Eine Übersicht für Ärzte aller Fachgebiete

33 S., 6 Abb., aus der Reihe Springer Essentials, Springer Fachmedien Wiesbaden 2016, Softcover 9,99 €, ISBN 978-3-658-12957-6, eBook 4,99 €, ISBN 978-3-658-12958-3

MS in Deutschland

Dieses Weißbuch stellt aktuelles Wissen über die Multiple Sklerose und die Versorgung in Deutschland sachlich und umfassend dar. Es beinhaltet Informationen zum Krankheitsbild, zur Epidemiologie und zu seiner gesundheitsökonomischen Relevanz.

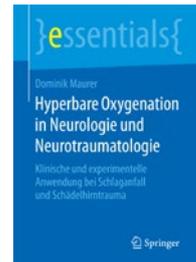
Aktuelle Entwicklungen und Behandlungsempfehlungen sind der realen Inanspruchnahme und den vorhandenen Angebotskapazitäten diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten gegenübergestellt. Die relevanten

Akteure des Versorgungsgeschehens und wichtige Prozesse der Versorgungsgestaltung werden beschrieben. Namhafte medizinische Experten und Vertreter der gesetzlichen Krankenkasse haben das Weißbuch als Autoren begleitet.

Mit seiner umfassenden Darstellung liefert das Buch wichtige Anstöße zum Verständnis der Erkrankung sowie für die zukünftige Gestaltung der Versorgung von Menschen mit MS. Es richtet sich an Gestalter und Vertreter des Versorgungssektors aus Krankenkassen, Politik, Medizin, Gesundheitswissenschaften sowie Patientenvertreter. □

Hyperbare Oxygenation

Dominik Maurer
Hyperbare Oxygenation in Neurologie und Neurotraumatologie



Reihe Springer Essentials, Springer Fachmedien Wiesbaden 2016, eBook 4,99 €, ISBN 978-3-658-13025-1, Softcover 9,99 €, ISBN 978-3-658-13024-4

Dieses Buch ermöglicht einen grundlegenden Einblick in die Anwendungsmöglichkeiten der hyperbaren Oxygenation (HBO) bei der Behandlung des akuten ischämischen Insults sowie des Schädelhirntraumas (SHT) – aus experimenteller wie aus klinischer Sicht. In der Neurotraumatologie wird die HBO sowohl in der Akutphase nach SHT als auch zur Behandlung chronischer Folgeschäden herangezogen, mit dem Ziel der Begrenzung des sekundären Hirnschadens durch Inhibierung der neuronalen Apoptose. Auch neuroregenerative HBO-Effekte konnten nachgewiesen werden. In der Behandlung neuropsychiatrischer Folgeschäden nach SHT zeigt sich eine deutliche Überlegenheit einer HBO unter reduziertem Behandlungsdruck (low-pressure-HBO). □



Miriam Kip,
Tonio Schönfelder,
Hans-Holger Bleß
(Hrsg.)

Weißbuch Multiple Sklerose Versorgungssituation in Deutschland

145 S., 1. Aufl., Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016, Softcover 53,49 €, ISBN 978-3-662-49203-1 (eBook open access download)

Neuzulassung bei schubförmiger MS

Die Europäische Kommission hat die Zulassung für Daclizumab (Zinbryta®) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit schubförmiger Multipler Sklerose erteilt. Mit Daclizumab steht nun eine innovative Option mit einem in der MS-Therapie neuen Wirkprinzip zur Verfügung. Als Immunmodulator reguliert der Wirkstoff das Entzündungsgeschehen bei MS, ohne eine breite Depletion des Immunsystems zu verursachen. Zinbryta® wird einmal monatlich als subkutane Selbstinjektion mit einer Fertigspritze appliziert und wurde gemeinsam von Biogen und AbbVie entwickelt.

Nach Informationen von Biogen

Pädiatrische Krampfanfälle

Ein länger andauernder pädiatrischer Krampfanfall („prolonged acute convulsive seizure“, PACS) sollte nach fünf Minuten medikamentös unterbrochen werden, denn sonst reduziert sich die Sensitivität auf Benzodiazepine und das Risiko für neurologische und funktionelle Folgen steigt. In Deutschland sind zur Behandlung länger andauernder Krampfanfälle bei Kindern und Jugendlichen bukkales Midazolam (Buccolam®) und rektales Diazepam zugelassen. Beide unterbrechen einen epileptischen Anfall zuverlässig innerhalb von 10 Minuten. Für die bukkale Anwendung spreche aber besonders in der Öffentlichkeit der soziale Vorteil. Daher empfehlen die Leitlinien des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) bukkales Midazolam beim ambulanten Krampfanfall als erste Wahl.

Nach Informationen von Shire

Orale Therapie für Fabry-Patienten

Die Europäische Kommission hat die Zulassung für das oral einzusetzende Chaperon Migalastat (Galafold®) erteilt. Der Wirkstoff aus der Gruppe der Small Molecules steht ab sofort als Erstlinientherapie zur Langzeitbehandlung von Erwachsenen und Jugendlichen ab 16 Jahren mit bestätigter Diagnose der Fabry-Krankheit und sensitiver Mutation zur Verfügung. Das Unternehmen Amicus geht davon aus, dass die Markteinführung in Deutschland unmittelbar erfolgt.

Nach Informationen von Amicus

Parkinson: Die am wenigsten invasive Eskalation

Die subkutane Injektion oder kontinuierliche Infusion von Apomorphin verkürzt OFF-Phasen bei Parkinson-Patienten im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium beziehungsweise verlängert ihre tägliche Zeit im ON. Ein neues Service-Angebot sorgt dafür, dass Patienten nach Beginn der Pumpentherapie engmaschig betreut werden. Die Grünenthal GmbH hat zum 1. Juli 2016 die exklusiven Vertriebsrechte des APO-go® Pens und der APO-go® Pumpe zur subkutanen Apomorphin-Therapie bei Patienten in fortgeschrittenen Stadien der Parkinson-Krankheit übernommen. Um eine intensive Betreuung der Patienten zu gewährleisten, kooperiert das Unternehmen dabei mit der ContraCare GmbH, die auf Erstattungsdienstleistungen und Unterstützungsprogramme für chronisch kranke Menschen spezialisiert ist. Zusätzlich zu qualifizierten

Schulungen ist dadurch für eine kontinuierliche Betreuung mit rund um die Uhr erreichbaren Ansprechpartnern gesorgt (Servicelefonnummer 0911 37656441; E-Mail: serviceteam@contracare.com; weitere Informationen auch unter: www.apogo-info.de).

Wie Professor Andrés Ceballos-Baumann, Chefarzt für Neurologie, München-Schwabing, ausführte, sei die Apomorphinpumpe die am wenigsten invasive Möglichkeit der Therapieeskalation, wenn sich motorische Fluktuationen mit oralen Anti-Parkinson-Medikamenten nicht mehr beherrschen lassen. Der Patient könne die Therapie „problemlos ausprobieren und sich ein Bild davon machen.“ In Deutschland würden jedoch nur rund 10 % der Patienten, für die eine Pumpentherapie infrage käme, mit einer solchen versorgt.

Injektionen mit dem Pen verkürzten die Zeit bis zum ON in einer Studie auf 8 Minuten gegenüber 23 Minuten nach oraler Einnahme von dispergierbarem Levodopa/Benserazid ($p < 0,0003$) (Abb. 1) [Merello M et al. Clin Neuropharmacol 1997; 20: 165–7]. „Wir müssen den Pen früher anbieten als bisher, damit der Patient im Umgang damit sicher wird. Dies kann auch eine große psychologische Stütze sein“, so der Neurologe. Er selbst empfehle den Pen allen Patienten mit ein bis fünf OFF-Phasen am Tag, wenn Levodopa unzuverlässig wirke. Die Pumpe empfiehlt er bei mehr als fünfmal täglicher Inanspruchnahme des Pens sowie bei komplexen Levodopa-Wirkungsschwankungen, OFF-Dystonien und Dyskinesien.

Dr. Matthias Herrmann

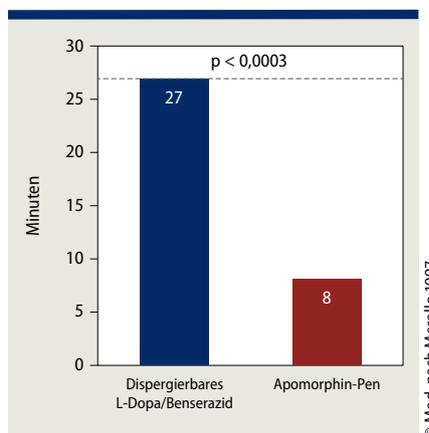


Abb. 1: Zeit bis zum Beginn des ON-Zustandes nach oraler Einnahme von dispergierbarem Levodopa/Benserazid im Vergleich zu subkutan injiziertem Apomorphin (APO-go® Pen)

Launch-Pressegespräch „Grünenthal GmbH: Ihr neuer Partner in der Parkinson-Therapie“, Berlin, 20.6.2016; Veranstalter: Grünenthal

Morbus Pompe lässt sich kausal therapieren

Das wenige Monate alte Mädchen lässt beim langsamen Hochziehen des Oberkörpers aus der Rückenlage den Kopf vollständig hängen und die Beine fallen, Nacken- und Gliedermuskulatur sind hypoton, der Ultraschall weist auf eine hypertrophe Kardiomyopathie hin, das Labor zeigt einer Erhöhung der Kreatinkinase (CK) an.

„Muskuläre Hypotonie, Kardiomyopathie und erhöhte Kreatinkinase sind typische Leitsymptome für eine infantile Form der seltenen Glykogenspeichererkrankung Morbus Pompe“, erläutert Professor Andreas Hahn vom Zentrum für Kinderheilkunde der Universität Gießen. Der Neuropädiater stellte den Fall bei der 42. Jahrestagung der

Deutschen Gesellschaft für Neuropädiatrie in Bochum vor.

Mit einer Enzyersatztherapie lässt sich das Fortschreiten verhindern und die Sterblichkeit senken. Entscheidend für den Verlauf ist die rechtzeitige Diagnose. Ohne wirksame Behandlung sterben fast alle Kinder mit der infantilen Form der Erkrankung in den ersten zwölf Monaten an kardialen und respiratorischen Symptomen.

„Wenn wir frühzeitig mit einer Enzyersatztherapie behandeln, haben die Kinder eine gute Chance darauf, dass sie frei sitzen lernen, dass sich Herz- und Atemfunktion stabilisieren, sich die Wachstumsparameter verbessern und dass sie überleben“, sagte Hahn.

Die Ursache für Morbus Pompe ist ein autosomal-rezessiv vererbter Mangel an saurer α -Glukosidase (GAA). Dadurch sammelt sich Glykogen an, die Akkumulation stört die Zellfunktion, vor allem in der Muskulatur. Morbus Pompe kann sich im frühen Kindesalter, der Juvenilphase oder im Erwachsenenalter manifestieren, die Inzidenz liegt bei 1:40.000. Schweregrad und Lebenserwartung sind von der GAA-Restaktivität abhängig. Bei der infantilen Verlaufsform ist sie gering oder fehlt komplett.

Durch Myozyme®, eine rekombinant hergestellte humane α -Glukosidase, lässt sich der Mangel ausgleichen, die Substitution ist eine kausale Therapie. „Mehrere klinische Studien haben belegt, dass sich beim Groß-

teil der Patienten die Prognose durch die Therapie erheblich verbessert“, sagte Hahn. Für ein optimale Ergebnis seien frühzeitige Diagnose und Behandlung wesentlich. Eine Gliedergürtelmuskelschwäche kombiniert mit einer CK-Erhöhung sollte an lysosomale Speicherkrankheiten wie Morbus Pompe denken lassen. Die GAA-Defizienz lasse sich durch einen Trockenbluttest sicher nachweisen. Differenzialdiagnostik und Einleitung der Therapie sollten möglichst an einem spezialisierten Zentrum erfolgen.

Dr. Nicola Siegmund-Schultze

Symposium „Lysosomale Speicherkrankheiten (LSD) in der Kinderneurologie“, 42. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie, Bochum, 21.4.2016; Veranstalter: Sanofi Genzyme

MS und Schwangerschaft – Therapie sofort absetzen oder nicht?

Da viele Frauen mit Multipler Sklerose (MS) im gebärfähigen Alter sind, ist Schwangerschaftsberatung in der täglichen Praxis ein wichtiges Thema. Tritt eine Schwangerschaft ein, sollten Neurologen und erfahrene Gynäkologen eng kooperieren. Anders als lange Zeit befürchtet, nimmt die Krankheitsaktivität bei MS-Patientinnen während einer Schwangerschaft nicht zu. Die Schubrate geht sogar zurück, bevor sie nach der Entbindung kurzzeitig ansteigt und dann wieder das Ausgangsniveau erreicht (Abb. 1) [Confavreux C et al. N Engl J Med 1998; 339: 285–91]. Wie der Gynäkologe PD Dr. Stefan Verlohren, Charité Berlin, berichte-

te, erreichten in einer retrospektiven Studie Patientinnen, die ein Kind zur Welt gebracht hatten, im Durchschnitt erst vier Jahre später einen Wert von 4 auf der EDSS (Expanded Disability Status Scale) als die kinderlos gebliebenen ($p < 0,001$) [Mäser S et al. Mult Scler 2015; 21: 1291–7]. Langfristig scheint eine Schwangerschaft demnach sogar einen protektiven Effekt zu haben. Gynäkologen und Neurologen müssen aber eng kooperieren, um die Frauen umfassend über mögliche Risiken für das Kind (etwa durch MS-Medikamente) aufzuklären.

Wie die Neurologin Dr. Kerstin Hellwig, St. Josef Hospital, Universitätsklinikum Bo-

chum, anmerkte, wird die relative Sicherheit der immunmodulierenden Medikamente (Interferon beta und Glatirameracetat [GA]) während der Schwangerschaft zunehmend durch Evidenz gestützt [Amato MP, CNS Drugs 2015; 29: 207–20]. Wenngleich nach Eintreten einer Schwangerschaft kontraindiziert, würde sie GA (Copaxone®) – ebenso wie die Beta-Interferone – deshalb nicht grundsätzlich absetzen. „Denn angesichts der umfangreichen Datenlage ist die Therapie nicht nur nicht gefährlich, sondern wegen der geringeren Schubrate und des steroidsparenden Effekts möglicherweise sogar von Nutzen. Bei allen anderen Medikamenten würde ich empfehlen, sie abzusetzen“, erklärte die Initiatorin und Leiterin des deutschen MS-Schwangerschaftsregisters mit Hinweis auf die weniger robusten Daten zu den neueren Substanzen. Im Oktober 2015 wurden GA-Daten einer weltweiten Datenbank zu 2.235 prospektiv beobachteten Schwangerschaften mit bekanntem Ausgang präsentiert. Dabei zeigten sich keinerlei Auffälligkeiten hinsichtlich kongenitaler Fehlbildungen oder anderer Outcome-Parameter [Neudorfer O et al., Abstract P1507, 31. ECTRIMS-Kongress 2015].

Dr. Matthias Herrmann

Symposium „Multiple Sclerosis – Multiple Solutions – One Choice: what’s yours?“, 2. Kongress der European Academy of Neurology (EAN), Kopenhagen, Dänemark, 30.5.2016; Veranstalter: Teva Neuroscience

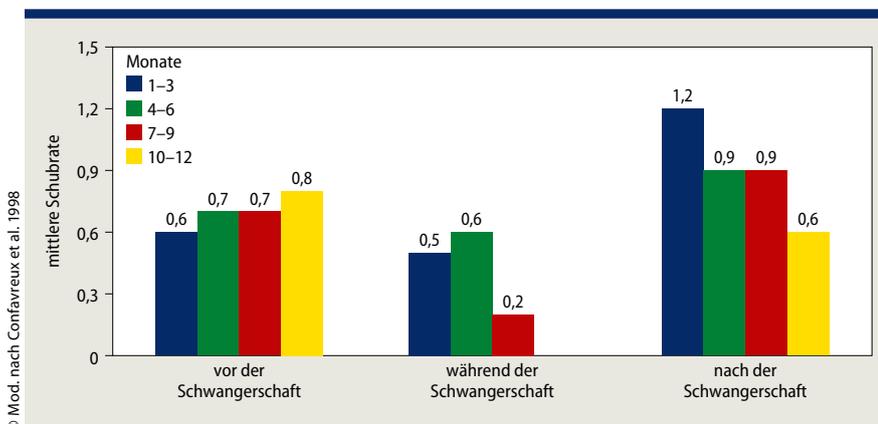


Abb. 2: Mittlere Schubrate pro Schwangerschaftstrimester sowie pro Quartal im Jahr vor und nach der Schwangerschaft; die Daten wurden vor Einführung krankheitsmodifizierender Therapien erhoben.

Morbus Parkinson – Vorteile dank kombinierter dopaminerger und glutamaterger Modulation

➔ Für Parkinson-Patienten, bei denen die L-Dopa-Therapie nicht mehr ausreicht, erweitert der Wirkstoff Safinamid als Zusatztherapie seit etwa einem Jahr die Behandlungsoptionen. Er verlängert nicht nur die ON-Zeit, sondern zeigte in ersten Untersuchungen auch eine positive Wirkung auf nicht motorische Symptome wie Schmerzen und Depression.

Safinamid (Xadago®) vereinigt das Prinzip der MAO-B-Inhibition mit einer Hemmung der Freisetzung von Glutamat durch die Blockade spannungsabhängiger Natrium- und Kalziumkanäle. Professor Michele Morari, Università di Ferrara/Italien, verwies insbesondere darauf, dass eine Überaktivierung der glutamatergen Neurotransmission zu motorischen und nicht motorischen Symptomen und zur Neurodegeneration beiträgt. Daher seien Wirkstoffe, die eine abnormale Glutamatfreisetzung normalisieren können, ohne die physiologische Transmission zu beeinträchtigen, für die Parkinson-Therapie sehr sinnvoll. Derzeit existieren zum Angriffspunkt von Safi-

namid verschiedene Hypothesen. Relativ gesichert ist jedoch die Erkenntnis, dass die Substanz überwiegend im Hippocampus wirkt, während das Striatum keine Sensitivität besitzt.

Paolo Barone, Università Federicoll, Neapel/Italien, verwies darauf, dass Safinamid nicht nur lang anhaltend die motorischen Fluktuationen verringert, sondern auch positiv auf nicht motorische Symptome wie beispielsweise Schmerz und Depression wirkt. Dies hatte sich in den randomisierten, placebokontrollierten, doppelblinden Phase-III-Studien 016 [Borghain R et al. *Mov Disord* 2014; 29: 229–37] und 018 [Borghain R et al. *Mov Disord* 2014; 29: 1273–80] und in der SETTLE-Studie [Schapira AH et al. #424, 17. Kongress MDS 2013, Sydney/Australien] und deren Post-hoc-Analysen gezeigt. So ergab sich unter 100 mg Safinamid als Zusatztherapie im Vergleich mit Placebo eine signifikante Verbesserung des mittleren PDQ-39-Index-Scores (–3,47 vs. 1,34, $p = 0,0013$), was zu einer spürbaren Verbesserung der Lebensquali-

tät führt [Barone P et al. 19. MDS-Kongress, San Diego/USA 2015]. Für besonders bedeutsam hält Barone Elemente des PDQ-39, die Schmerzen und körperliches Unwohlsein abbilden. Hierbei fand sich in den Studien 016 und SETTLE ebenfalls eine signifikante Abnahme. In Bezug auf das Nebenwirkungsprofil hält Professor Wolfgang Jost, Chefarzt der Parkinson-Klinik Wolfach, für die wichtigste Erkenntnis, dass unter Safinamid keine Verlängerung des QTc-Intervalls, sondern sogar eine leichte Verkürzung auftreten kann. Von Vorteil sei auch, dass Safinamid kein klinisch relevantes Interaktionspotenzial bezüglich des Cytochrom-P450-Enzymsystems besitzt sowie keine Einschränkungen bei tyraminreichen Nahrungsmitteln notwendig sind.

Dr. Claudia Bruhn

Satellitensymposium „Safinamide – a dual effect to improve the management of motor and non-motor-symptoms in Parkinson's disease“, 20. International Congress of Parkinson's disease and movement disorders (MDS), Berlin, 20.6.2016; Veranstalter: Zambon

MS: Wirksame Therapie mit niedriger Applikationsfrequenz

➔ Für Patienten mit schubförmiger Multipler Sklerose (RRMS), die gut mit Injektionen zurechtkommen und eine niedrige Applikationsfrequenz bevorzugen, steht im Rahmen einer individualisierten, patientenzentrierten Behandlung mit Peginterferon beta-1a (Plegridy®) ein effektives Therapeutikum zur Verfügung, das bei Applikationsintervallen alle 14 Tage ein hohes Maß an therapiefreier Zeit und Flexibilität im Alltag ermöglicht [Fachinformation Plegridy®, Stand Oktober 2015]. Aktuelle Studienergebnisse, die auf der AAN-Tagung 2016 in Vancouver/Kanada präsentiert wurden, belegen eine nachhaltige Wirksamkeit in Bezug auf die Vermeidung irreversibler Gewebeschäden im Gehirn, weiterhin eine stabile Wirksamkeit sowie ein günstiges Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil des 14-tägig zu verabreichenden Peginterferon beta-1a über fünf Jahre [You X et al., P3.091; Fiore D et al., P4.010; Cui Y et al., P5.403; AAN 2016].

Eine Post-hoc-Analyse der zweijährigen Phase-III-Studie ADVANCE weist darauf hin, dass die Behandlung mit Peginterferon beta-1a den Übergang von kernspintomografisch nachgewiesenen neuen/sich neu vergrößernden T2-Läsionen und neuen Gd⁺-Läsionen in chronische „Black Holes“ entgegenwirkt. Black Holes wiederum sind Marker für eine irreversible Demyelinisierung und axonale Schäden und damit auch ein Indikator für die Krankheitsprogression. Die Post-hoc-Analyse verglich die Konversionsrate von neuen/sich neu vergrößernden T2-Läsionen und Gd⁺-Läsionen (in den Wochen 24 und 48 im ersten Studienjahr) in Black Holes von Patienten, die über zwei Jahre kontinuierlich mit Peginterferon beta-1a alle 14 Tage behandelt wurden, mit den Patienten, die erst zu Beginn des zweiten Jahres von Placebo auf das Verum (alle zwei bzw. vier Wochen) umgestellt wurden. In Woche 96 war die Zahl der neuen/sich neu

vergrößernden T2-Läsionen aus den Wochen 24 und 48, die sich zu Black Holes entwickelt hatten, bei den kontinuierlich mit Peginterferon beta-1a behandelten Patienten im Vergleich zu den verzögert behandelten Studienteilnehmern signifikant reduziert (1,03 vs. 0,76; $p = 0,0037$, 0,44 vs. 0,99; $p < 0,0001$). Signifikante Unterschiede zugunsten der frühen und kontinuierlichen Gabe von Peginterferon beta-1a alle 14 Tage zeigten sich auch in Bezug auf die Anzahl der konvertierten Gd⁺-Läsionen aus den Wochen 24 und 48 (0,32 vs. 0,15; $p < 0,0001$, 0,09 vs. 0,19; $p < 0,0003$). Aus diesen Ergebnissen lässt sich schlussfolgern, dass die Therapie mit Peginterferon beta-1a einen irreversiblen Gewebeschaden vermeiden kann – und zwar am effektivsten bei einem möglichst frühzeitigen Therapiebeginn. **red**

Nach Informationen von Biogen

Schizophrenie – Depottherapie frühzeitig im Gespräch kommunizieren

➔ In der Langzeittherapie von Patienten mit Schizophrenie geht es vor allem darum, die Kontinuität der Medikation sicherzustellen, um sie langfristig vor Rückfällen und Rehospitalisierung zu schützen. Da die Rezidivrate im klinischen Alltag nach wie vor inakzeptabel hoch und die Therapieadhärenz vieler Patienten schlecht ist, sollten schon zu Beginn der Erkrankung adhärenzfördernde Maßnahmen eingesetzt werden, so Professor Rebecca S. Roma, Psychiaterin in Pittsburgh/USA. Eine erfolgversprechende Option sei die Anwendung von lang wirksamen injizierbaren Antipsychotika. Zuverlässig wirksame und verträgliche Depotantipsychotika wie Aripiprazol-Depot (Abilify Maintena®) könnten Therapiekontinuität schaffen und somit das Rezidivrisiko senken und zu besseren Therapieergebnissen beitragen.

Während einer Erhaltungstherapie mit der einmal monatlich intramuskulär (i. m.) zu injizierenden Depotformulierung von Aripiprazol blieben in den beiden Zulassungsstudien > 90% der Patienten rezidivfrei. In einer Post-hoc-Analyse zeigte sich, dass Aripiprazol-Depot (400 mg i.m. einmal monatlich) auch das mit der PSP (Personal and Social Performance)-Skala erfasste Funktionsniveau signifikant verbesserte – sowohl im Vergleich zu Placebo als auch im Vergleich zu einer subtherapeutischen Dosis von Aripiprazol (50 mg einmal monatlich). Auch das günstige und mit oralem Aripiprazol vergleichbare Verträglichkeits- und Sicherheitsprofil unterstützt den Einsatz des Depotantipsychotikums für die Erhaltungstherapie erwachsener Schizophreniepatienten. Roma riet ausdrücklich davon ab, die Depotbe-

handlung erst in späten Krankheitsstadien einzuleiten. Sinnvoller sei es, die Betroffenen von Anfang an vor den Auswirkungen psychotischer Rezidive zu schützen und ihre soziale und funktionale Stabilität zu erhalten. Daher sollte man den Patienten – vor allem jüngeren Erwachsenen – schon nach der ersten Episode oder spätestens nach dem ersten Rückfall ein modernes Depotantipsychotikum anbieten. Nach ihren Erfahrungen bevorzugten viele Patienten eine einmal monatliche Injektion gegenüber einer ein- oder mehrmals täglichen Tabletteneinnahme.

Abdol A. Ameri

Injecting a Once-monthly long-acting injectable into the schizophrenia treatment conversation, 169. Kongress American Psychiatric Association, Atlanta/USA, 15.5.2016; Veranstalter: Otsuka Pharma und Lundbeck

Antikörper normalisiert Hirnatrophie auch bei sehr aktiver MS

➔ Die Hirnatrophie gilt inzwischen als wichtiger Marker für den Abbau von Nervenzellen – je schneller sie voranschreitet, umso höher ist die Gefahr einer Behinderungsprogression. Professor Andrew Chan vom Universitätsspital in Bern präsentierte nun 5-Jahres-Daten der beiden Zulassungsstudien CARE-MS I und CARE-MS II, nach

denen eine Therapie mit dem monoklonalen Antikörper Alemtuzumab (Lemtrada®) den beschleunigten Rückgang des Hirnvolumens bei MS-Patienten nicht nur verzögern, sondern weitgehend stoppen kann. An CARE-MS I nahmen 581 Patienten mit schubförmiger MS teil, die bislang noch keine Basistherapie erhalten hatten. Teilnehmer von CARE-MS II waren 840 Patienten, bei denen es unter der bisherigen Basistherapie erneut zu Schüben gekommen war. Über 90% der Alemtuzumab-Patienten der 12-mg-Gruppe beteiligten sich nach dem Ende der zweijährigen kontrollierten Studienphase an den Erweiterungsstudien. In CARE-MS I lag der Hirnvolumenverlust im ersten Therapiejahr noch bei knapp 0,6%, anschließend fiel er sukzessive bis auf 0,2% im fünften Jahr [Schippling S et al. EAN 2016, Poster P32155]. Noch drastischer war der Rückgang in CARE-MS II: Von knapp 0,5% im ersten auf nur noch 0,07% im fünften Jahr (**Abb. 1**).

In ähnlichem Maße profitierten auch MS-Kranke, die in den ersten zwei Studienjahren Interferon beta-1a bekommen hatten und dann auf den Antikörper umgestellt wurden. Im ersten Studienjahr unter dem Interferon lag der Hirnvolumenverlust noch bei 0,94%, nach Umstellung auf Alemtuzumab sank er in den folgenden drei Jahren auf 0,09%.

In CARE-MS I normalisierte die Antikörpertherapie auch einen besonders hohen, über dem Median liegenden Hirnvolumenverlust, wie er bei sehr aktiver MS zu beobachten ist: Bereits im zweiten Behandlungsjahr sank die Atrophierate bei diesen Patienten auf 0,3%, nach fünf Jahren auf 0,14% [Barkhof F et al. AAN 2016, Poster P6.183]. Die Reduktion der Hirnatrophie ging auch mit einem Stopp der Behinderungsprogression einher: So blieben vier von fünf Patienten (CARE-MS I) über fünf Jahre hinweg frei von neuen, über sechs Monate bestehenden Behinderungen (CARE-MS II: drei von vier Patienten). In beiden Studien benötigten 68% beziehungsweise 60% keine neue Behandlungsphase – sie hatten nur die beiden Behandlungsphasen zu Therapiebeginn und ein Jahr danach erhalten. Bei 33% der Patienten mit Alemtuzumab in CARE-MS I und bei 43% in CARE-MS II konnten die Studienärzte im Verlauf der fünf Jahre sogar einen Rückgang bestehender Behinderungen über mindestens sechs Monate hinweg beobachten [Gonzales RA et al. EAN 2016, Poster P22099].

Thomas Müller

Satellite Symposium „Brain Health: Translating Scientific Evidence into Clinical Practice in MS.“ 2. EAN-Kongress, Kopenhagen, 28. – 31.5.2016; Veranstalter: Sanofi Genzyme

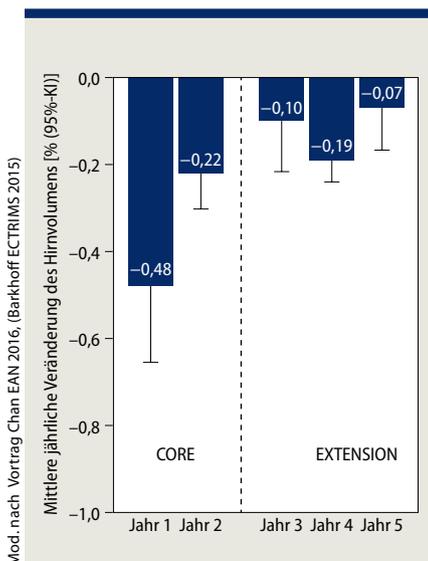
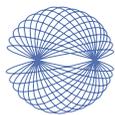


Abb. 1: CARE-MS II. Hirnvolumenverlust in der Alemtuzumab-Gruppe über fünf Jahre.

Mod. nach Vortrag Chan EAN 2016, (BarkhoffECTRIMS 2015)



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
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Frank Bergmann, Angelika Haus
Rheinland-Pfalz: Günther Endrass
Saarland: Nikolaus Rauber, Richard Rohrer
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: Christian Gerloff, Hamburg
2. Vorsitzender: Uwe Meier, Grevenbroich
Schriftführer: Heinz Wiendl, Münster
Kassenwart: Martin Delf, Hoppegarten
Beisitzer: Frank Bergmann, Aachen; Elmar Busch,
 Moers; Peter Berlit, Essen; Wolfgang Freund, Biberach

Beirat: Andreas Engelhardt, Oldenburg;
 Peter Franz, München; Matthias Freidel, Kalten-
 kirchen; Holger Grehl, Erlangen; Heinz Herbst,
 Stuttgart; Fritz König, Lübeck; Frank Reinhardt,
 Erlangen; Claus-W. Wallesch, Magdeburg

Ansprechpartner für Themenfelder

IV und MVZ: Uwe Meier, Paul Reuther
GOÄ/EBM: Rolf F. Hagenah, Uwe Meier, Holger Grehl
Qualitätsmanagement: Uwe Meier
Risikomanagement: Rolf F. Hagenah
Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN
DRG: Reinhard Kiefer



Berufsverband Deutscher Psychiater

■ www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim,
 Andernach
Stellvertretender Vorsitzender:
 Christian Vogel, München
Schriftführer: Sabine Köhler, Jena
Schatzmeister: Oliver Biniasch, Ingolstadt
Beisitzer: Uwe Bannert, Bad Segeberg;
 Frank Bergmann, Aachen; Greif Sander, Hannover

Referate

Soziotherapie: Sybille Schreckling
Sucht: Greif Sander
Psychotherapie/Psychoanalyse: Hans Martens
Forensik: P. Christian Vogel

Geschäftsstelle des BVDN

D. Differt-Fritz
 Gut Neuhof, Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld
 Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925
 E-Mail: 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 Delf
Bremen: Helfried Jacobs
Hamburg: Heinrich Goossens-Merkel
Hessen: Thomas Briebach
Mecklenburg-Vorpommern: Katrin Hinkfoth
Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf
Nordrhein: Uwe Meier
Rheinland-Pfalz: Günther Endrass
Saarland: Richard Rohrer
Sachsen: Mario Meinig
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Matthias Nitschke
Thüringen: Dirk Neubert
Westfalen: Martin Bauersachs

Übende Verfahren – Psychotherapie:

Gerd Wermke
Psychiatrie in Europa: Gerd Wermke
Kontakt BVDN, Gutachterwesen:
 Frank Bergmann
ADHS bei Erwachsenen: Bernhard Otto
PTSD: Christa Roth-Sackenheim
Migrationssensible psych. Versorgung:
 Greif Sander

BVDP-Landessprecher

Bayern: Oliver Biniasch, Christian Vogel
Baden-Württemberg: Birgit Imdahl,
 Thomas Hug
Berlin: Michael Krebs
Brandenburg: Delia Peschel
Bremen: N. N.
Hamburg: Ute Bavendamm, Guntram Hinz
Hessen: Peter Kramuschke
Mecklenburg-Vorpommern: N. N.
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
- | | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> niedergelassen | <input type="checkbox"/> in der Klinik tätig | <input type="checkbox"/> Chefarzt | <input type="checkbox"/> Facharzt |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildungsassistent | <input type="checkbox"/> Neurologe | <input type="checkbox"/> Nervenarzt | <input type="checkbox"/> Psychiater |
| <input type="checkbox"/> in Gemeinschaftspraxis tätig mit: _____ | | <input type="checkbox"/> in MVZ tätig mit: _____ | |

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

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

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

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.)