

[Anzeige]

neuro aktuell


LA-
MED

Informationsdienst für Neurologen und Psychiater

Inhalt

Editorial

Der Arzneimittelreport –
kritisch überprüft 3

Neuro Praxis

Gute Aussichten für Honorarärzte 3

Kommentare

Neues Psych-Entgeltssystem –
DRG-Fallpauschalen auch in
psychiatrischen Krankenhäusern? 6

Die „Beipackzettelkrankheit“ 6

Zu viele Krankenhausbetten –
ambulante und Klinik-Versorgung
vor Systemwandel? 7

Multiple Sklerose

DGKN rät, Diagnose mit evozierten
Potenzialen zu sichern 11

Omega-3-Fettsäuren helfen nicht
bei MS 11

Sehstörungen bei Kindern und
Jugendlichen können Vorzeichen
von MS sein! 12

Neuro Forschung

Wird ein Computer unser Gehirn
simulieren können? 12

Ist Strom wirksam bei Clusterkopf-
schmerz und schwerer Migräne? 15

Hilft körpereigenes Palmitoylethanol-
amid bei chronischen Schmerzen? 16

Neuro-Quiz

Ist rückdatiertes Krankschreiben
eigentlich erlaubt? 16

Schlaganfall

Schmerzen nach Schlaganfall 17

Neuropathie

Besonderheiten und Therapie –
HIV-assoziierte Neuropathien 21

ADHS

Gibt es einen Zusammenhang
zwischen ADHS und sexuellem Miss-
brauch im Kindes- und Jugendalter? 24

Depression

Therapeutische Strategien bei
Diabetes und Depression 26

Psychotherapie

Grenzverletzungen in Psychotherapie
und Beratung: Rückblick und
Ausblick 28

§§-Ecke

Bei Regressen ohne vorherige
Beratung besonders aufpassen! 32

Neue Formulare für BtM-Rezepte 33

Was ist beim Thema „Resturlaub“
zu beachten? 33

Pflegeversicherung: Was ändert
sich 2013? 34

Neuro info

Bisher keinerlei ärztliche Versorgung
auf neuem Berliner Flughafen
vorgesehen! 37

News

37

Neuro Marginal

Das Hartnup-Syndrom im Julisch-
Claudischen Kaiserhaus 45

Impressum

47

Die Behandlung des fortgeschrittenen Parkinson- syndroms

Christiana Ossig und Heinz Reichmann, Dresden

Das idiopathische Parkinsonsyndrom geht im langjährigen Verlauf zunehmend mit motorischen und nicht-motorischen Symptomen einher. Dies ist zum einen durch den individuellen Progress der Erkrankung, andererseits durch die Behandlung mit Levodopa / Carbidopa (LC) bzw. Levodopa / Benserazid (LB) bedingt. Dieses Phänomen wird auch als Levodopa-Langzeitsyndrom bezeichnet.

Eine Vielfalt an verschiedenen Beweglichkeitszuständen, wie Dyskinesien, motorischen Fluktuationen, aber auch nicht-motorischen Fluktuationen können hierbei auftreten. Die dem zu Grunde liegende Pathophysiologie ist nicht geklärt. Die unregelmäßige exogene Stimulation der striatalen Dopaminrezeptoren beim Einsatz von Dopaminergika mit kurzen Halbwertszeiten im Vergleich zu der kontinuierlichen Ausschüttung von Dopamin beim Gesunden und damit anzunehmenden kontinuierlichen Rezeptorstimulation spielt hierbei jedoch eine zentrale Rolle¹.

Fortsetzung auf Seite 8

[Anzeige]

Der Arzneimittelreport – kritisch überprüft

**Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,**

der Arzneiverordnungsreport (AVR), den der Pharmakologe Professor Dr. Ulrich Schwabe und der jetzige Geschäftsführer der AOK-Nordwest, Dr. Dieter Paffrath, seit 1985 einmal pro Jahr herausgeben, hat auch 2012 wieder Schlagzeilen gemacht. Angeblich lassen sich 3,1 Milliarden – im Vergleich mit den Niederlanden sogar 7,8 Milliarden – Euro bei Arzneimitteln sparen. Dabei wird das verkündete Einsparvolumen kaum hinterfragt. Der Gesundheitsökonom Professor Dr. Dieter Cassel nahm sich den Report im Herbst 2012 einmal kritisch vor (Merck Serono Preseservice).

Bei kritischer Überprüfung der Berechnungsmethoden des AVR stellte er zunächst fest, dass sie so angelegt seien, dass ein möglichst großes Einsparpotenzial herauskommt. Das wäre an sich nichts Besonderes, ist das doch erklärter Sinn und Zweck des AVR. Hätten die Autoren allerdings Methoden gewählt, die wissenschaftlich weniger angreifbar sind, käme wohl ein deutlich geringeres Einsparvolumen heraus: Beim Magenmedikament mit dem Wirkstoff Omeprazol würde beispielsweise nur ein knappes Viertel des von Schwabe und Paffrath errechneten Einsparvolumens herauskommen.

Wenn man den vorherigen Arzneimittelverordnungsreport 2011 ernstnehme, dann müsste die Arzneimittelversorgung zu Herstellerabgabepreisen netto nach Abzug der Rabatte für ganze 3,6 Milliarden Euro möglich sein. Die Arzneimittelindustrie machte in dem Jahr netto aber gerade einmal 15,7 Milliarden Umsatz. Ein Einsparungsergebnis von 12,1 Milliarden grenzt an Absurdität.

Ein seriöser Ausgabenvergleich muss differenzierter und damit wirklichkeitsnäher sein, wie Cassel betont. So seien zum Beispiel bei Berücksichtigung der verschiedenen Wirkstärken, Packungsgrößen und Darreichungsformen sowie der aktuellen Preisstände die tatsächlich realisierbaren Einsparungen wesentlich geringer. Offenbar ist das aber nicht gewollt.

Angesichts des Gesamtkontextes, in den die Ergebnisse des AVR stets eingebettet sind, drängt sich nach Cassel der Verdacht auf, dass die Berechnungsmethode mit Kalkül gewählt wurde. Der AVR wird ja nicht nur herausgegeben, um das Ordnungsverhalten der Ärzte transparent zu machen und strukturelle Änderungen in der Arzneimitteltherapie aufzuzeigen.

Gerade aus den errechneten Einsparpotenzialen würden stets auch Forderungen abgeleitet, die die Politik und GKV-Selbstverwaltung in eine bestimmte Richtung lenken sollen. Und das sei den Ortskrankenkassen, die

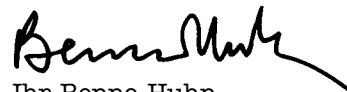
ja hinter dem AVR stehen, immer wieder erfolgreich gelungen.

Seit drei Jahren berechnet der AVR auch, welche Summen sich sparen ließen, wenn man die Arzneimittel statt in Deutschland in anderen Ländern kaufen würde. Nach Schweden und Großbritannien sind auch die Niederlande ein Vergleichsland. Das Ergebnis sei bisher jedes Mal gewesen, dass die Arzneimittelpreise in Deutschland viel zu hoch und die daraus abgeleiteten Einsparmöglichkeiten enorm seien.

Mit solch simplen Berechnungen komme man bei internationalen Preis- und Ausgabenvergleichen aber nicht weiter. Dafür seien die Gesundheitssysteme zu komplex und verschieden. Die Apothekenverkaufspreise, die der AVR zugrunde liegen, sind als Basis völlig ungeeignet, da weder staatlich vorgeschriebene, noch mit den Firmen ausgehandelte Rabatte oder die abweichenden Handelsspannen für Großhandel und Apotheker berücksichtigt werden. Offenbar empfinden die AVR-Autoren ihr bislang errechnetes Sparpotenzial als noch zu mickrig. Da muss das Ausland her, um es aufzublasen.

Kritik muss insbesondere an den von Schwabe persönlich gezeichneten Berechnungen von Einsparpotenzialen geübt werden. Allerdings sei der AVR an den Stellen, wo er sich mit der Entwicklung der Arzneiverordnungsmengen, der Preise und den sich ändernden Verordnungsgewohnheiten der Ärzte beschäftige, durchaus lesenswert. Dem ist nur zuzustimmen, wird das ärztliche Ordnungsverhalten so doch transparenter und können so auch Fehlentwicklungen früher erkannt werden. Ob das aber Grund genug ist, sich den AVR jedes Jahr neu anzuschaffen, bleibt dann doch dahingestellt.

Mit freundlichem kollegialem Gruß



Ihr Benno Huhn

neuro praxis

Gute Aussichten für Honorarärzte

Die Psychiatrie gehört zu den Fachgebieten mit dem höchsten Ärztemangel in Krankenhäusern. Zwei Drittel aller psychiatrischen Einrichtungen haben Probleme, offene Stellen zu besetzen. Fast sechs Prozent aller Arztstellen in der Psychiatrie sind derzeit unbesetzt. Das ist das Fazit des PSYCHIatrie Barometers des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI).

Es ist daher kein Wunder, dass immer mehr Krankenhäuser versuchen, ihre Personalengpässe mit Hilfe von Honorarärzten zu überbrücken. Dies sind Ärzte,

die nicht angestellt werden, sondern freiberuflich für ein Krankenhaus arbeiten.

Eine Tätigkeit als freiberuflicher Honorararzt kann für Ärzte ziemlich attraktiv sein. Bessere Verdienstmöglichkeiten und ein Zugewinn an Autonomie werden als wesentliche Vorteile genannt. Vor allem die unsichere Rechtslage ist dagegen für viele ein erhebliches Problem (Teske 2010).

Insoweit gibt es aber gute Aussichten für (angehende) Honorarärzte. Der Bundestag hat zum 1. August 2012 eine Neuregelung in das Krankenhausentgeltgesetz aufgenommen, wonach Krankenhäuser ihren Versorgungsauftrag auch mit nicht festangestellten Ärzten erfüllen können. Damit hat eine jahrelange Debatte ein Ende gefunden, in der einige Landessozialgerichte die Auffassung vertreten hatten, dass die Leistungserbringung durch Honorarärzte grundsätzlich nicht zulässig sei und Krankenhäuser solche Leistungen nicht gegenüber den Krankenkassen abrechnen dürften.

Für erhebliche Verunsicherung sorgt nach wie vor der Sozialversicherungsstatus der Honorarärzte. Da diese „wie Personal“ in die Strukturen eines Krankenhauses eingebunden werden, vertreten die Sozialversicherer die Auffassung, es handele sich um „verkappte“ Arbeitnehmer und fordern die Nachzahlung von (teilweise erheblichen) Sozialversicherungsbeiträgen. Die ersten Gerichtsentscheidungen deuten nun darauf hin, dass die Gerichte das Thema differenziert beurteilen und wohl im Zweifel eher davon ausgehen, dass die Ärzte selbständig sind. Dazu einige Beispiele:

Das LAG Hamm (Az.: 8 Sa 802/07) hat einen Arzt, der in einem Luftrettungszentrum als Notarzt tätig wurde, nicht für festangestellt gehalten. Der Arzt habe ein Vollzeit-Arbeitsverhältnis als Krankenhausarzt gehabt und aus diesem Grund nur in Abhängigkeit vom Dienstplan des Krankenhauses zur Verfügung stehen können. Er sei vom Luftrettungszentrum nicht einseitig zum Dienst eingeteilt worden, sondern habe die Zeiten, zu denen er zur Verfügung stehen konnte, selbst vorgegeben.

Das LAG Thüringen (Az.: 1 Ta 29/10) hatte einen Fall zu entscheiden, bei dem ein Arzt gegen einen Tagessatz von 450 Euro tätig werden sollte. Am Tag der Tätigkeitsaufnahme musste der Arzt aufgrund eines Unfalls seine Tätigkeit beenden. Er machte Entgeltfortzahlung für die Krankheitszeit geltend. Das Gericht sah kein Arbeitsverhältnis. Der vereinbarte Tagessatz sei ein starkes Indiz in Richtung Selbständigkeit. Außerdem sei weder ein konkretes Aufgabengebiet umrissen noch eine Regelung zu Urlaubsansprüchen oder Spesenregelungen getroffen worden.

Das LAG Rheinland-Pfalz (Az.: 11 Ta 163/09) wies die Klage eines Arztes zurück, der einen ärztlichen Notdienstverein auf Vergütung, Vergütungszuschläge, Urlaubs- und Weihnachtsvergütung etc. in Höhe von rund 20.000 Euro verklagt hatte. Die „Einteilung“ zu den Diensten sei nur im Rahmen zuvor eingetragener Wunschtermine erfolgt. Der Arzt sei daher kein Arbeitnehmer.

Im einem weiteren Fall des LAG Hamm (2 Ta 505/10) hatte ein Arzt mit einem Krankenhaus eine Vereinbarung getroffen, wonach er im Stationsbetrieb tätig werden und hierfür eine Tagesvergütung erhalten sollte. Der Vertrag war als „Freier Mitarbeiter-Vertrag“ bezeichnet und enthielt einen Passus, wonach die Parteien ausdrücklich kein Angestelltenverhältnis begründen wollten. Das Krankenhaus lehnte später die Tätigkeitsaufnahme ab, weil der Arzt keine Approbationsurkunde vorlegte. Wenn die Tätigkeit nicht aufgenommen worden sei, fanden die Richter, könne sich der Arzt nicht darauf berufen, die Vertragsbeziehung sei nicht als „freier Mitarbeitervertrag“, sondern als Arbeitsverhältnis „gelebt“ worden.

Gegen eine Selbständigkeit entschied allerdings das LSG Essen (L 11 (8) R 50/06). Es ging um einen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, der in einer Rehabilitationsklinik an drei Nachmittagen in der Woche arbeitete, wobei er Aufnahme- und Entlassungsuntersuchungen durchführte. Die Vergütung erfolgte auf Stundenbasis. Das Gericht hielt den Arzt für abhängig beschäftigt. Es maß hierbei der Frage entscheidende Bedeutung zu, ob und inwieweit dieser in die Betriebsorganisation eingegliedert sei. Eine Eingliederung in das „laufende Geschäft“ machte das Gericht u. a. an dem Umstand fest, dass der Arzt teilweise als Vertreter des Chefarztes, teilweise als einziger Vertreter seines Fachgebiets regelmäßig z. B. bei Therapieänderungen einbezogen worden sei. Er habe im Übrigen üblicherweise an Besprechungen und Visiten teilgenommen und im Rahmen des Rufbereitschaftsdienstes auch Weisungsbefugnisse gegenüber dem Personal ausgeübt. Weiterhin habe er kein unternehmerisches und Vergütungsrisiko zu tragen gehabt und kein eigenes Kapital eingesetzt.

Das Sozialgericht Berlin (Az.: S 208 KR 102/09) hat erst jüngst über den Vertragsstatus eines Anästhesisten entschieden. Dieser sei selbständig. Zwar sei eine gewisse Eingliederung in die Abläufe des Krankenhauses gegeben: Der Arzt verwende nur Narkosemittel des Krankenhauses und setze keine eigenen Betriebsmittel ein. Die Eingliederung in den Betrieb sei jedoch nicht so stark, dass von einer abhängigen Beschäftigung gesprochen werden könne. So führe der Arzt die Aufklärungsgespräche für die konkreten Operationen nicht selbst durch und nehme auch keine anderen Aufgaben oder Positionen im Krankenhaus wahr. Auch sei eine Stundenvergütung vereinbart worden. Die weitere Entwicklung der Rechtsprechung bleibt nun abzuwarten – insbesondere Entscheidungen der Bundesgerichte sollten hier noch für mehr Klarheit sorgen.

Stephan Porten
Rechtsanwalt/Fachanwalt für Medizinrecht · Rödl & Partner Köln
Kranhaus 1 · Im Zollhafen 18 · 50678 Köln
E-Mail: stephan.porten@roedl.com