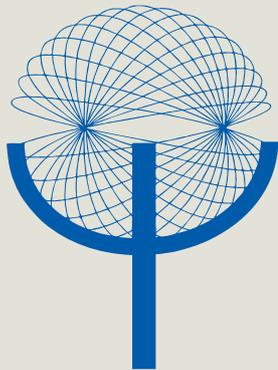


2 November 2007 _ 18. Jahrgang

NEUROTRANSMITTER

Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie aktuell

BVDP-Sonderheft
DGPPN-Kongress 2007



Brücken bauen



Zertifizierte Fortbildung

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



© Archiv

»Kommunikation mit anderen medizinischen Fachgebieten, aber auch mit der breiten Öffentlichkeit wird immer wichtiger.«

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim
1. Vorsitzende des BVDP

Kommunikation

Sehr verehrte und liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Berufsverbände BVDN und BVDP haben Sie wieder ganz herzlich zum DGPPN-Kongress 2007 nach Berlin eingeladen. Neu ist diesmal, dass diese NEUROTRANSMITTER-Sonderausgabe anlässlich des Kongresses gänzlich vom Vorstand des Berufsverbandes deutscher Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie – BVDP – gestaltet wurde. Bisher hat dies stets PD Dr. Albert Zacher, der langjährige Schriftleiter des NEUROTRANSMITTER und Gründungsvorsitzender des BVDP von 1999 bis 2001 in seiner unnachahmlich tiefgründig-ironischen und klugen Art gemacht. Herrn Zacher gebührt für die bisherigen Sonderausgaben unser besonderer Dank!

Jeder Kongressbesucher wird diese Sonderausgabe des NEUROTRANSMITTER in seiner Kongress tasche vorfinden. Wir haben uns überlegt, dass wir so am besten das Interesse von möglichst vielen Kongressteilnehmern wecken können.

Unser Fach Psychiatrie und Psychotherapie ist in einem enormen Wandel begriffen, weshalb die Kommunikation mit anderen medizinischen Fachgebieten, aber auch mit der breiten Öffentlichkeit immer wichtiger wird. Deshalb haben wir diese Sonderausgabe unter das Motto „Brücken bauen“ gestellt. Wir berichten darüber, welche Brücken wir als Berufsverband gebaut haben, welche schon gut ausgebaut sind und häufig be-

nutzt werden, an welchen wir noch arbeiten, welche noch ein wenig wacklig sind, und welche wir abbrechen mussten.

Berufspolitik ist ein schwieriges und langwieriges Geschäft. Der Vorstand arbeitet vertrauensvoll und effektiv zusammen. Wir denken, unsere bisherige Arbeit kann sich sehen lassen. Werden Sie Mitglied und gestalten Sie die Berufspolitik für Ihr Fachgebiet mit!

Mit herzlichen kollegialen Grüßen



»Unsere Seele lebt von Brücken – von Stoff zu Stoff,
von Wort zu Wort und von Gefühl zu Gefühl.«

Dr. med. P. Christian Vogel
Stellvertretender Vorsitzender des BVDP

Brücken

Brücken verbinden Getrenntes miteinander. Es können natürliche, spontan entstandene, mit viel Mühe gebaute, konstruierte, schwierige oder unproblematische, elegante oder verwundene Brücken sein. Brücken können Materie oder Gedanken verbinden, sie können körperlich sein oder seelisch. Brücken schweben über Abgründen oder überspannen tiefe Gewässer.

Es gibt Brücken, die Ufer miteinander verbinden oder solche zwischen Molekülen; es gibt Brücken, die Grenzen markieren und solche, die lebenswichtig sind. Der Mensch lebt mit vielen Brücken – in seinen Stoffwechselfvorgängen, seinen Impulsleitungen, Brücken von einem Organ zum anderen. Er lebt mit Brücken zu anderen Menschen, wenn er zu ihnen geht, wenn er sie anschaut, wenn er sie anfasst und wenn er mit ihnen spricht.

Unsere Seele lebt von Brücken – von Stoff zu Stoff, von Wort zu Wort und von Gefühl zu Gefühl. Wir, die wir uns mit der Seele befassen, befassen uns auch mit diesen Brücken und deren Zerstörung, Verfall, Reparatur und Wiederaufbau. Dazu müssen wir viel über diese Brücken wissen und wir müssen wissen, wie sie gedacht, konstruiert und entstanden sind, wie man sie verankert, wie man sie pflegt und wieder aufbaut.

Es geht auch um die Brücken zu allen, die sich mit diesen Vorgängen befassen.

Brücken sind für den Psychiater die biochemischen Verbindungen im Gehirn, das Herstellen und Aufrechterhalten der Beziehung zum Patienten, die Empathie, aber auch die Akzeptanz der Grenze, das Netz der Versorgung, der Kontakt mit anderen Fachgebieten, das Entstehen eines Bildes der Psychiatrie in Öffentlichkeit und Kunst.

Diese Sonderausgabe des NEUROTRANSMITTERS soll Brücken bauen – in der und hin zur Psychiatrie.

Herzlichst, Ihr



Brücken bauen

... ist das Motto dieser Ausgabe. Es weist darauf hin, dass in der Versorgung psychisch kranker Menschen ein tragfähiges Netzwerk nötig ist. Nicht nur zwischen Arzt und Patient, sondern auch zwischen klinischer und ambulanter Betreuung, zwischen den verschiedenen Fachgebieten, zwischen Medizin und Recht, Erkranktem und Gesellschaft. Damit dieser Brückenbau gelingen kann, ist politischer Einsatz gefragter denn je.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. rer. nat. Claudia Mäck
Telefon: 089 4372-1403, Fax: 089 4372-1400
E-Mail: maeck@urban-vogel.de

Schriftleitung dieser Sonderausgabe:

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim
Telefon: 0160 97796487, Fax: 02632 9640-96
E-Mail: c@dr-roth-sackenheim.de

Titelbild: photocase.de

3 Editorial von Dr. Christa Roth-Sackenheim

5 Grußwort von Dr. P. Christian Vogel

10 1. Brücken der Versorgung

11 Integrierte Versorgung – eine Zwischenbilanz

19 Zwischen Recht und Psychiatrie

23 Patienten haben Zugang zu allen Aufzeichnungen

24 Zeit für Suchtkranke

26 Die Zukunft ärztlicher Psychotherapie

32 2. Brücke in die Zukunft

33 Standortbestimmung des BVDP

37 Der DGPPN-Kongress im Wandel der Zeit

40 Der Niedergang der ambulanten Psychiatrie

47 Gesundheitspolitik mitgestalten

50 Schluss mit der Benachteiligung

56 3. Brücke zur Politik

57 AQUIK: Qualität sichtbar machen

58 Wie geht's uns denn heute?

59 Praxiskosten bislang unterschätzt

59 CME-Gesellschaft hat die Arbeit eingestellt

NEUROTRANSMITTER

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

Herausgeber: Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN),
1. Vorsitzender: Dr. med. Frank Bergmann (fb), Theaterplatz 17, 52062 Aachen,
Tel.: 0241 36330, Fax 0241 404972, E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Geschäftsstelle: D. Differt-Fritz, Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss,
Tel.: 02131 22099-20, Fax: 02131 22099-22, E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

Schriftleiter: PD Dr. med. Albert Zacher (az) (verantwortlich), Watmarkt 9,
93047 Regensburg, Tel.: 0941 561672, Fax: 0941 52704,
E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

Verlag: Urban & Vogel GmbH, Neumarkter Str. 43, 81673 München,
Tel.: 089 4372-1300, Fax 089 4372-1399, <http://www.urban-vogel.de>

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse: Die Urban & Vogel GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Medizin-Verlag GmbH, Heidelberg. Deren Eigentümerin ist mit 100% Anteilen die Springer Science+Business Media GmbH, Berlin.

Geschäftsführer: Ulrich Huber, Dr. Dirk Einecke

Leitung Verlagsbereich III: Dr. med. Christoph Posch

Redaktion: Dr. rer. nat. Claudia Mäck (cm), Tel.: 089 4372-1403, Fax: 089 4372-1400,
E-Mail: maeck@urban-vogel.de; Kathrin Rothfischer (kr, -1406) Dr. Nicola Zink (nz);
Dr. Fabienne Hübener (fah), Monika Hartkopf (MHa, Chefin vom Dienst)

Assistenz: Tina Spanger (-1368)

Herstellung: Frank Hartkopf (Leitung, -1311), Gabi Kellner (Layout)

Medical Communication: Ulrich Huber (Leitung, Anschrift wie Verlag, -13 31);
Peter Urban (Anzeigenleitung, verantwortlich, Anschrift wie Verlag, -1333,
E-Mail: urban@urban-vogel.de); Anzeigenpreisliste Nr. 11 vom 1.10.2007

Vertrieb: Frank Niemann (Leitung, -1411)

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 <http://www.urban-vogel.de> und jede Buchhandlung entgegen. Das Abonnement gilt zunächst für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn dem Verlag nicht drei Monate vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

Bezugspreise: Einzelheft: 19,50 EUR. Jahresabonnement: 179 EUR. Für Studenten/AIP: 125 EUR. Versandkosten jeweils: Inland 21 EUR, Ausland 26 EUR. Für Mitglieder des BVDN, BDN und des BVDP (s. o.) ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

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

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

© Verlag Urban & Vogel GmbH, München

ISSN 1436-123X

LA-MED
geprüft 2006

63 Kongress- und Verbands-Tipps

63 Mitgliederversammlung des BVDP

63 Kongress-Tipps

65 Noch mehr Infos im Netz

8 Impressum

66 BVDN/BDN/BVDP

Struktur und Beitrittserklärung

72 Pharmaforum

Wichtiger Hinweis!

Auf den Seiten 70 f. finden Sie heftintegriert den Kongress Report aktuell „Show me your emotions – Gestörte emotionale Response bei schizophrenen Psychosen“.

Wir bitten um Beachtung!

1. Brücken der Versorgung – Im Dreieck zwischen Arzt, Patient und Gesellschaft



**Das „Münchner Modell“ hat
erfolgreich eine Brücke zwischen
ambulanter und stationärer
Versorgung geschlagen.**

© Pixello.de

11	1.1	Integrierte Versorgung	24	1.4	Zeit für Suchtkranke
19	1.2	Zwischen Recht und Psychiatrie	26	1.5	Die Zukunft ärztlicher Psychotherapie
23	1.3	Patienten haben Zugang zu allen Aufzeichnungen			

ERFAHRUNGEN MIT DEM „MÜNCHNER MODELL“

Integrierte Versorgung – eine Zwischenbilanz

Vier Jahre nach Inkrafttreten des neuen Gesetzes zur „Integrierten Versorgung“ ist es Zeit, Zwischenbilanz zu ziehen. Hat die Psychiatrie das Gesetz als Chance genutzt? Ist es tatsächlich – wie vom Gesetzgeber beabsichtigt – zu einer besseren Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Behandlung gekommen? Ein Erfahrungsbericht über das „Münchner Modell“ soll Kollegen Mut machen, weitere Anträge auf Fördergelder für Modellprojekte zu stellen.

WERNER KISSLING, CHRISTIAN VOGEL

Chance noch ungenützt

Der neue Paragraph 140 des Sozialgesetzbuchs V eröffnete vor vier Jahren Niedergelassenen und Kliniken eine neue Möglichkeit: Innovative und sektorenübergreifende Versorgungsleistungen konnten außerhalb der geltenden Budgets in Rechnung gestellt werden. Damit können erstmals seit vielen Jahren wieder neue Leistungen angeboten und ohne die üblichen Budgetgrenzen auch angemessen honoriert werden. Dies ist zunächst eine gute Nachricht. Doch die schlechte folgt sogleich. Obwohl sich solche integrierten Versorgungsformen für viele psychiatrische Erkrankungen hervorragend eignen, haben die Psychiater die Chance kaum genutzt. Von den für psychiatrische Modellvorhaben anteilmäßig zur Verfügung stehenden circa 280 Mio. EUR wurden bisher gerade mal rund 20 Mio. EUR beantragt und bewilligt. Das heißt, 90% der für die Psychiatrie bereit stehenden Gelder wurden nicht abgerufen und drohen zu verfallen oder für andere Indikationen wie beispielsweise Knie- und Hüftgelenkoperationen ausgegeben zu werden. Dies ist – über den finanziellen Verlust hinaus – auch versorgungspolitisch fatal. Denn

nach Abschluss der Modellphase, voraussichtlich 2008, nehmen die Krankenkassen eine Auswertung aller integrierten Modellprojekte vor und werden die erfolgreichen Versorgungsstrategien dann im Rahmen der Regelversorgung auf Dauer weiterfinanzieren. Wenn die Psychiatrie zu diesem Zeitpunkt aber kaum erfolgreiche Modellprojekte vorzuweisen hat, dann wird auch nicht weiter finanziert. Die Versäumnisse könnten also für unser Fach langfristige negative Folgen für die Ressourcenverteilung und damit für die Versorgungsqualität psychiatrischer Patienten haben. Durch die vor kurzem erfolgte Verlängerung der Frist für die Antragstellung bis 2008 hat die Psychiatrie aber eine zweite Chance erhalten, zumindest einen Teil der ihr zustehenden Mittel doch noch abzurufen.

Mut zum Antrag

Um potenziellen Antragstellern Mut zu machen, noch rasch einen Antrag für ein integriertes Versorgungsmodell zu stellen, beschreiben die beiden Autoren dieses Beitrags – ein Klinikarzt (WK) und ein niedergelassener Nervenarzt (CV) – beispielhaft ihre Erfahrungen mit der Antragstellung und den Ver-

tragsverhandlungen. Dabei wird auf eines der ersten integrierten Versorgungsmodelle in der Psychiatrie, dem „Münchner Modell“ Bezug genommen, das bereits seit zwei Jahren läuft. Zwei Fragen stehen hierzu im Mittelpunkt:

1. Wie hat die Zusammenarbeit zwischen den Sektoren funktioniert?
2. Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit sich das Modell für alle Beteiligten lohnt?

Die nachfolgenden Erfahrungsberichte erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Ausgewogenheit. Sie sollen lediglich einige praktische Erfahrungen weitergeben und einen Einblick hinter die Kulissen der Integrierten Versorgung ermöglichen. Eine ausführlichere Darstellung der Integrierten Versorgung im Allgemeinen und des „Münchner Modells“ im Besonderen sind in früheren Beiträgen im NEUROTRANSMITTER nachzulesen [NEUROTRANSMITTER 2004, 10: 28–35; 2006, 7–8: 26–31].

Anfängliche Begeisterung

Als Ende 2003 bekannt wurde, dass im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes sektorenübergreifende Versorgungsmodelle mit einer Anschubfinan-

zierung rechnen könnten, war man sich in München schnell einig: Diese Chance muss genutzt werden. Zwar war die Zusammenarbeit zwischen Niedergelassenen und Klinikern auch bisher schon eng und kollegial, aber die unflexiblen Budgetgrenzen hatten verhindert, dass neue Ideen umgesetzt werden konnten. Viele Ideen, wie man die sektorenübergreifende Zusammenarbeit noch weiter verbessern könnte, waren schon vor 2003 in regelmäßigen Qualitätszirkeln entstanden, an denen Klinker und Niedergelassene gemeinsam teilnahmen. Die anfängliche Begeisterung über diese Möglichkeit nahm zwar wieder etwas ab, als sich herausstellte, dass das Geld für diese Anschubfinanzierung nicht extra ins System gepumpt wurde, sondern vorher von den Budgets aller Kliniken und Niedergelassenen abgezogen wurde. Man war sich aber trotzdem einig, dass man es versuchen sollte, diese sowieso allen abgezogenen Gelder wenigstens für neue psychiatrische Versorgungsmodelle in München zu nutzen und sie nicht in die damals nur so aus dem Boden schießenden Programme für Knie- oder Hüftgelenkoperationen abfließen zu lassen. Gemeinsam wurde Ende 2003 also beschlossen, in München einen Antrag auf „Integrierte Versorgung schizophrener und depressiver Patienten“ zu stellen.

Von der Idee zur Gründung

Noch unter dem Eindruck des Jahreskongresses der DGPPN, auf dem der Gesundheitsexperte der SPD, Karl Lauterbach, über seine Sicht neuer Versorgungsformen und deren Chancen referierte, entschlossen sich einige niedergelassene Nervenärzte und Psychiater in München eine Arbeitsgemeinschaft zu gründen. Sie sollte auch als Vertragspartner in zu entwerfenden Modellen der Integrierten Versorgung auftreten können. Die Gründung wurde im November 2003 beschlossen. In der Satzung der Arbeitsgemeinschaft ist unter anderem verankert, dass ein wesentliches Ziel die Interessensvertretung auf regionaler Ebene sein soll – insbesondere gegenüber Landesorganisationen, staatlichen Organen, Krankenkassen und deren Verbänden. Ordentliches Mitglied kann jeder niedergelassene Nervenarzt,

Psychiater oder Neurologe werden, der seinen Praxissitz in München Stadt und Land hat. Die Arbeitsgemeinschaft erarbeitete ein Konzept zur Positionierung der niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater in zukünftigen Formen der Integrierten Versorgung. Es wurden prä- und poststationäre Leistungskomplexe definiert und Leistungen der Niedergelassenen konkretisiert, die im Rahmen der integrierten Versorgung und außerhalb der durch den Versorgungsauftrag im Rahmen der KV definierten Leistungen erbracht werden können. Dieses Konzept ging ein in die vorbereitenden Gespräche mit der Psychiatrischen Klinik der Technischen Universität München und den später geschlossenen Vertrag mit dem BKK Landesverband.

Im Verlauf der Vertragsverhandlungen mit verschiedenen Krankenkassen und deren Verbänden wurde juristisch die Satzung der Arbeitsgemeinschaft Münchner Nervenärzte und Psychiater e.V. geprüft und als tragfähige Grundlage beurteilt, die Arbeitsgemeinschaft als Vertragspartner solcher Versorgungsmodelle anzuerkennen. Der Arbeitsgemeinschaft sind inzwischen etwa zwei Drittel der in München niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater sowie einige Neurologen beigetreten. Da bisher die meisten der bestehenden Verträge zur Integrierten Versorgung regional begrenzte Modelle sind, erscheint vorerst weiterhin eine Organisationsform, wie sie von der Arbeitsgemeinschaft der Münchner Nervenärzte und Psychiater praktiziert wird, sinnvoll.

Realistisches Programm

Nachdem der Entschluss zur Antragstellung gefallen war, verständigte man sich auch rasch darüber, welche „innovativen sektorenübergreifenden Versorgungsangebote“ man zusätzlich zur üblichen Regelversorgung und dem dafür geltenden Leistungskatalog anbieten wollte. In den gemeinsamen Qualitätszirkeln war immer wieder klar geworden, dass ein besonders großer Verbesserungsbedarf auf dem Gebiet der Langzeitbehandlung schizophrener und depressiver Patienten bestand. Hier musste die Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis intensiviert werden. Insbesondere das Angebot an Compliance verbes-

sernden Interventionen sollte nach Meinung aller Beteiligten deutlich ausgeweitet werden. Denn solche Maßnahmen konnten im Rahmen der geltenden Budgets bisher nicht in ausreichendem Maße angeboten werden. Das war besonders bedauerlich, da Voruntersuchungen im Rahmen der gemeinsamen Qualitätszirkel gezeigt hatten, dass durch ein solches Compliance-Programm viele Rückfälle und Krankenhausaufenthalte vermieden werden konnten und sich das Programm problemlos über die eingesparten Krankenhausaufenthalte selbst finanziert hätte. Wegen der getrennten Budgets war eine solche Gegenfinanzierung bisher aber nicht zu realisieren gewesen. Der neue § 140 eröffnete nun plötzlich die Möglichkeit, neue ambulante Interventionen zur Compliance-Verbesserung über die darüber eingesparten Krankenhausaufenthalte gegenzufinanzieren.

Auf der Basis entsprechender Voruntersuchungen entwickelten die Kliniker und Niedergelassenen deshalb im Januar 2004 ein auf die Münchner Verhältnisse passendes Compliance-Programm für schizophrene und depressive Patienten. Dieses – inzwischen unter dem Namen „Münchner Modell“ bundesweit bekannte und auch in anderen Bundesländern umgesetzte – Programm enthält zahlreiche etablierte Maßnahmen wie etwa Psychoedukation, Medikamententraining und Hausbesuche. Hinzugekommen sind aber auch einige in unserer Versorgungslandschaft noch relativ neue Compliance verbessernde Maßnahmen, wie beispielsweise Bonusanreize für Patienten, Telefon-Monitoring und Wellness-Elemente. Dank der Anschubfinanzierung über § 140 konnte man den Patienten und ihren Angehörigen ohne Budgetrestriktionen alle Interventionen anbieten, die ihre rezipivprophylaktische Compliance verbesserten. Nachdem sich in Voruntersuchungen gezeigt hatte, dass dieses Programm auch in der Regelversorgung funktionierte und seine Kosten über die eingesparten Krankenhausaufenthalte um ein Vielfaches wieder einspielte, stellen wir einen Antrag auf eine mehrjährige Anschubfinanzierung und schickten ihn an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen.

Retardierendes Moment Krankenkasse

Wie in jedem guten Hollywood-Film kam es aber nicht gleich zu einem Happy End, sondern unsere Anfangseuphorie wurde rasch durch ein retardierendes Element gebremst: Die Krankenkassen, die nach dem Gesetz alleine über die Genehmigung eines Antrags auf Anschubfinanzierung entscheiden, traten auf den Plan und bremsten uns erstmal aus. Obwohl wir erwartet hatten, dass die Krankenkassen uns das Programm zur Integrierten Versorgung, das ihnen immerhin eine Halbierung der Gesamtkosten in Aussicht stellte und das ja komplett durch Abzüge aus unseren eigenen Budgets finanziert wird, aus den Händen reißen würden, geschah erstmal gar nichts. Auch wiederholtes Nachfragen konnte die Sachbearbeiter viele Monate lang nicht dazu bewegen, sich unseren Antrag zumindest einmal anzusehen. Was eine bestimmte Krankenkasse aber nicht daran hinderte, ihn trotzdem abzulehnen, mit dem lapidaren Hinweis, man sei schon mit einem anderen Antrag mit gleicher Indikation beschäftigt. Wie mit dieser Haltung, die mit dem Gesetz verbundene Absicht „den Wettbewerb unter den Leistungserbringern zu stärken“ realisiert werden kann, blieb ein Rätsel. Von Kollegen aus anderen Regionen hörten wir damals sogar von Äußerungen des zuständigen Sachbearbeiters einer Krankenkasse, dass „laut eines Vorstandbeschlusses Anträge mit psychiatrischen Indikationen in dieser Region prinzipiell abzulehnen seien“. Auf Grund dieser frustrierenden Erfahrung machte sich langsam auch unter uns eine gewisse Resignation breit. Aber – wie in jedem guten Hollywood-Film – gab es auch hier einen Helden, der die Handlung dann doch wieder vorantrieb. In unserem Fall war es eine Heldin: Die zuständige Sachbearbeiterin einer einzigen Krankenkasse hatte sich die Mühe gemacht, unseren Antrag inklusive einer auf Voruntersuchungen basierenden Kosten-Nutzen-Rechnung durchzulesen und lud uns daraufhin zu einer Präsentation ein. Und als wir dabei Einzelheiten zum Einsparpotenzial des Programms präsentieren konnten, stand konkreten Verhandlungen über die von uns angebotenen Leistungen und deren

Honorierung nichts mehr im Wege. Trotz guten Willens auf beiden Seiten dauerten diese Verhandlungen dann aber noch einmal 16 Monate, bis dann endlich im Mai 2005 der Rahmenvertrag für das integrierte Versorgungsmodell unterzeichnet werden konnte.

Vertrag mit drei Partnern

Inhaltlich werden in dem Vertrag die Rechte und Pflichten der drei gleichberechtigten Vertragspartner (Krankenkasse, Klinik, Arbeitsgemeinschaft Münchner Nervenärzte e.V.) beschrieben. Auf Grund der langjährigen Zusammenarbeit in den Qualitätszirkeln war es für uns von vornherein klar, dass Niedergelassene und Kliniker in den Verhandlungen und in der Vertragsgestaltung gleichberechtigte Partner waren. Aber auch die Krankenkassen waren daran sehr interessiert, da sie gesehen hatten, dass Verträge, bei denen eine Seite ausgegrenzt worden war, auf Dauer nicht funktioniert haben. Das Kernstück des Vertrags war ein Leistungskatalog, in dem die einzelnen Maßnahmen zur Verbesserung der rezidivprophylaktischen Compliance und der Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis beschrieben wurden. Für jede dieser zusätzlichen Leistungen vereinbarten die Verhandlungspartner ein angemessenes Honorar. In den Leistungskatalog fanden alle Interventionen Eingang, die in Voruntersuchungen eine Wirksamkeit bezüglich Compliance und Wiederaufnahmerate gezeigt hatten und die im derzeitigen Versorgungssystem mangels angemessener Honorierung so nicht angeboten werden konnten. Dazu zählt beispielsweise die ambulante Psychoedukation für Patienten und Angehörige. Für jede Leistung wurde der durchschnittliche Aufwand ermittelt und daraus ein kostendeckendes Honorar errechnet. Einzelheiten – insbesondere natürlich die definitive Höhe des Honorars – wurden dann im Gespräch mit den Kassen ausgehandelt und in einem Leistungskatalog mit „Komplexpauschalen“ festgelegt.

Rückblickend – und auch im Vergleich zu Berichten aus anderen Vertragsverhandlungen – muss man sagen, dass zwei Faktoren entscheidend zum Zustandekommen dieses Vertrags und zu seinem späteren Erfolg beigetragen haben.

Zum einen ermöglichte das schon vorher aus der Qualitätszirkelzeit bestehende Vertrauensverhältnis zwischen den Klinikern und den niedergelassenen Nervenärzten eine faire Verteilung der Leistungen und Honorare. Ein zweiter Erfolgsfaktor war sicher, dass wir im Rahmen dieses Versorgungsmodells nicht versucht haben, alle Aspekte der Schizophrenie- und Depressionsbehandlung zu optimieren. Stattdessen beschränkten wir uns auf wenige Compliance verbessernde Maßnahmen, die im Rahmen der Regelversorgung umsetzbar sind und rasch zu messbaren Erfolgen – wie etwa zur Vermeidung von Krankenhausaufnahmen – führten. Dadurch stellten wir sicher, dass das Programm in der Regelversorgung umsetzbar war und mit wenig Aufwand gute Ergebnisse erzielen würde.

Praktische Umsetzung

Wenn man – wie wir – zusätzlich zur etablierten Regelversorgung neue Leistungen entwickeln, anbieten und abrechnen will, ist das mit einem nicht unerheblichen Anfangsaufwand verbunden. Personal, Räume und vieles mehr muss vorfinanziert werden. Die Kassen zahlen in der Regel die Honorare erst mit einer Verzögerung von sechs bis neun Monaten nach der Leistungserbringung. Um überhaupt Einkünfte erzielen zu können, müssen natürlich rasch möglichst viele Patienten in das neue Programm eingeschlossen werden, was ebenfalls einen gewissen personellen und logistischen Aufwand erfordert. Denn die Patienten zu motivieren, neue Compliance verbessernde Maßnahmen in Anspruch zu nehmen, ist kein Selbstläufer, sondern gestaltet sich gerade zu Beginn recht aufwändig. Ähnliches gilt für die im Vertrag geforderte zusätzliche Dokumentation, die zeitnah erfolgen und deren Vollständigkeit kontrolliert werden muss. Last but not least müssen die erbrachten Leistungen den Kassen in Rechnung gestellt und das später eintreffende Honorar an die Leistungserbringer verteilt werden.

Gerade in der Anfangsphase eines Integrierten Versorgungsmodells gibt es viel zu tun, und man muss sich darauf verständigen, wer welche Leistung erbringt. Im Münchner Modell haben wir uns darauf geeinigt, dass Organisation,

Monitoring und Abrechnung durch Personal der Klinik erledigt wird. Die Rekrutierung und Motivierung der Patienten erfolgt überwiegend in den Praxen, und auch die ambulante Behandlung der Patienten verbleibt in den Händen der Niedergelassenen, die dafür wie bisher von der KV ihr Honorar bekommen. Die zusätzlichen Compliance verbessernden Maßnahmen können im Münchner Modell laut Vertrag prinzipiell von den Niedergelassenen oder der Klinik erbracht werden. Die meisten Niedergelassenen entschieden sich in München jedoch dafür, ihre Patienten zur Psychoedukation, zum Medikamententraining oder zu anderen Compliance verbessernden Leistungen in die von der Klinik personell ausgestattete Integrierte Versorgungsambulanz zu schicken. Eine andere Aufteilung der Leistungen ist aber ebenso denkbar, wie Modelle aus Niedersachsen und Berlin zeigen, wo die Mehrheit der Leistungen von den Niedergelassenen erbracht werden. Wichtig ist dabei nur, dass die Aufteilung und Honorierung der Leistungen fair unter den Vertragspartnern ausgehandelt und umgesetzt wird.

Als problematisch hat sich erwiesen, dass jede Kasse einzeln entscheiden kann, ob und mit wem sie einen Versorgungsvertrag abschließen möchte. Dadurch gestalten sich die Verhandlungen für die Antragsteller sehr zeitaufwändig. In manchen Regionen, wie auch in München, kommt es zu der untragbaren Situation, dass in den Praxen für eine einzige Indikation vier verschiedene Versorgungsverträge (mit unterschiedlichen Einschlusskriterien, Interventionen und unterschiedlicher Dokumentation) umgesetzt werden müssen. Wettbewerb belebt zwar das Geschäft, aber eine derartige Zersplitterung ist kontraproduktiv und mit unzumutbarem Aufwand für die Leistungserbringer verbunden.

Weniger Rückfälle, weniger Kosten

Trotz aller Anfangsschwierigkeiten – beispielsweise bei der Rekrutierung der Patienten – sind alle Beteiligten des Münchner Modells davon überzeugt, dass sich das neue Versorgungskonzept bewährt hat. Patienten und Angehörige äußern sich sehr zufrieden über das deutlich verbesserte Leistungsangebot, die Leistungserbringer bekommen ein

angemessenes zusätzliches Honorar für die Rekrutierung der Patienten und die Durchführung zusätzlicher Compliance verbessernder Maßnahmen. Die Kassen sparen – wie eine Zwischenauswertung nach einem Jahr gezeigt hat – in Folge der durch das Programm verbesserten rezidivprophylaktischen Compliance mindestens 50 % der bisher für diese Patienten bezahlten stationären Behandlungskosten. Die am integrierten Versorgungsprogramm teilnehmenden Patienten zeigten eine deutlich bessere rezidivprophylaktische Compliance, hatten weniger Rückfälle und verbrachten nur halb so viel Tage wegen eines Rezidivs im Krankenhaus als vor Eintritt in das Programm. Patienten und Angehörige zeigten sich darüber hinaus hoch zufrieden mit dem reichhaltigen Angebot an Compliance verbessernden Maßnahmen. Und über diese harten Daten hinaus hat sich auch der schon vorher bestehende enge Kontakt zwischen Klinik und Praxis und insbesondere die Abstimmung der Langzeitbehandlung untereinander weiter verbessert.

Da sich das Münchner Modell bewährt hat, sind wir gerade dabei, Kollegen in anderen Regionen Deutschlands dabei zu unterstützen, noch rasch einen integrierten Versorgungsvertrag zu bekommen. Um die knappe Zeit bis zum Ende der Einreichungsfrist zu nutzen, muss das Rad ja nicht überall neu erfunden werden. Bewährte Strategien und Instrumente aus bereits erfolgreich implementierten Versorgungsmodellen können übernommen und gegebenenfalls an die lokalen Besonderheiten angepasst werden. Das spart Zeit und Manpower. Und nur so wird es gelingen, doch noch genügend integrierte Versorgungsverträge mit psychiatrischen Indikationen abzuschließen und die Chancen des § 140 auch für die Psychiatrie zu nutzen. Interessenten für ein derartiges Roll Out des Münchner Modells können sich für nähere Informationen gerne an uns wenden (Adressen s. u.).

Strategien für den Erfolg

Unsere Erfahrungen mit dem Münchner Modell und anderen Integrierten Versorgungsmodellen haben gezeigt, dass diese nur erfolgreich sein können, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Alle Teilnehmer an der Integrierten Versorgung sollten die Fähigkeit zur sektorenübergreifenden, kollegialen Zusammenarbeit mitbringen und bereit sein, Leistungen und Honorare fair untereinander aufzuteilen.
 - Alle Leistungserbringer müssen bereit sein, ausreichend Zeit in die Rekrutierung der Patienten, in die Dokumentation und in die korrekte Durchführung der Interventionen zu investieren.
 - Eine ausreichende Zahl von Patienten ($n > 300$) sollte innerhalb von sechs bis zwölf Monaten nach Vertragsbeginn zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung motiviert werden können, sonst rechnet sich das Ganze nicht.
 - Mit dem geplanten Versorgungsmodell sollte tatsächlich die Behandlungsqualität verbessert und die Gesamtkosten gesenkt werden können (Voruntersuchungen?).
 - Die spätere Übernahme des Versorgungsmodells in die Regelversorgung sollte möglich sein.
 - Der Aufwand muss für alle Beteiligten realistisch und transparent kalkuliert worden sein und die Anschubfinanzierung muss zumindest diese Kosten abdecken.
 - Der Anfangsaufwand (Manpower, Räume, Edukationsmaterialien etc.) muss vorfinanziert werden können.
- Die Erfahrungen aus den zurückliegenden vier Jahren seit Inkrafttreten des § 140 SGB V zeigen, dass ein Antrag nur Sinn macht, wenn alle oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Die bisher häufigsten, in diesem Zusammenhang gemachten Fehler waren:
- Indikationen oder Versorgungsmodelle zu wählen, bei denen keine ausreichenden Kostensenkungen und/oder Qualitätsverbesserungen erreicht werden können.
 - Überschätzung der tatsächlich erreichbaren Rekrutierungszahlen.
 - Fehlen von effizienten Management- und Monitoringstrukturen, die ausreichende Rekrutierungszahlen und die Qualität der Dokumentation und der Interventionen sicherstellen.
 - Zu komplexe und zu aufwendige Versorgungsmodelle.

Fallstricke vermeiden

Wenig sinnvoll ist es, Versorgungsmodelle zu beantragen, bei denen bereits bestehende Versorgungsangebote – beispielsweise in Institutsambulanzen und Rehabilitationseinrichtungen – als Integrierte Versorgung umetikettiert werden. Die Krankenkassen sind nicht bereit, für inhaltlich ähnliche Leistungen doppelt zu bezahlen. Auch können durch solche Modelle nicht die geforderten Qualitätsverbesserungen oder Kostensenkungen im Vergleich zur jetzigen Regelversorgung erreicht werden. Derartige Modelle bringen niemandem einen Vorteil und werden deshalb nach Ablauf der Modellphase auch nicht weiter finanziert.

Der häufigste Fehler ist aber, dass in der Planungseuphorie die später tatsächlich erreichbaren Rekrutierungszahlen überschätzt werden. Wenn dann wirklich deutlich weniger Patienten als geplant in das Programm eingeschlossen werden, kommt es wegen der fehlenden Fallhonorare rasch zu einer Unterfinanzierung, an der das gesamte Projekt scheitern kann. Um das zu vermeiden, sollte man so früh wie möglich Proberekrutierungen durchführen, bei denen sich zeigt, wie viele Patienten tatsächlich zum Einschreiben in ein Programm motiviert werden können.

Einige psychiatrische Projekte, die darauf vertraut haben, dass durch eine angemessene Honorierung quasi automatisch die optimale Rekrutierung sichergestellt wird, haben nach den ersten sechs Monaten feststellen müssen, dass sich diese Erwartung nicht erfüllt hat und die geplanten Rekrutierungszahlen bei weitem nicht erreicht wurden. Insbesondere bei indikations- oder kassenspezifischen Verträgen, die nur einen Teil der in einer Praxis oder Klinik versorgten Patienten betreffen, wird unter dem Zeitdruck des Versorgungsalltags immer wieder vergessen, geeignete Patienten für die Integrierte Versorgung zu motivieren. Um zu vermeiden, dass Projekte an zu geringen Teilnehmerzahlen scheitern, bedarf es eines intensiven Projektmanagements und Monitorings, für das ausreichende personelle und finanzielle Ressourcen bereitgestellt und finanziert werden müssen. Erfahrungen aus anderen Projekten zur Integrierten Versorgung haben gezeigt, dass diese Manage-

ment- und Monitoringleistungen von den Vertragspartnern selbst erbracht werden und nicht an externe Dienstleister „outsourct“ werden sollten.

Realität im Auge behalten

Häufig begehen Antragsteller auch den Fehler, dass sie sich bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Integrierten Versorgung zu viel oder zu wenig vorzunehmen. Entweder werden – wie oben beschrieben – bereits existierende sektorenübergreifende Versorgungsformen einfach umetikettiert und die Regelversorgung wird unter neuem Namen weitgehend unverändert weiter praktiziert. Damit ist aber niemandem gedient. Genauso wenig sollte man allerdings versuchen, alle diagnostischen und therapeutischen Prozesse der Regelversorgung gleichzeitig zu verändern beziehungsweise zu verbessern. Solchen – irgendwo zwischen Lehrbuch und Leitlinie angesiedelten – Konzepten merkt man an, dass ihre Autoren sie selbst nie praktisch umgesetzt haben. Denn dann hätten sie rasch bemerkt, dass es nichts bringt, aufzulisten, wie die optimale Diagnose, Behandlung oder Rehabilitation bei einer bestimmten Indikation idealerweise auszusehen hätte.

Dass die Versorgung in der Realität nicht so aussieht, hat ja Gründe. Die meisten Ärzte wissen sehr wohl, wie unter idealen Bedingungen optimale diagnostische und therapeutische Prozesse ablaufen sollten, aber die Bedingungen (Manpower, Budget, Compliance, etc.) sind in der Regelversorgung eben nicht ideal. Und auch die zusätzlich über die Integrierte Versorgung zur Verfügung gestellte Anschubfinanzierung macht es nicht möglich, die in solchen Rahmenkonzepten beschriebenen optimalen Prozesse auf allen Stufen des Behandlungspfads zu realisieren. Solche Konzepte sind in der Praxis nicht umzusetzen und führen eher zu Kostensteigerungen als zu den von den Krankenkassen angestrebten Kostensenkungen.

Bessere Erfolgchancen als diese umfangreichen Konzepte haben unserer Erfahrung nach Versorgungsmodelle wie das Münchner Modell, die sich auf die wichtigsten Probleme – beispielsweise Noncompliance, intersektorale Kommunikationsdefizite – konzentrieren

und versuchen, diese Probleme mit wenigen wirksamen Interventionen kosteneffektiv zu lösen.

Bewertungen durch die Politik

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in der Kurzfassung seines Gutachtens 2007 – Kooperation und Verantwortung/Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung – ausgeführt, dass Ende des ersten Quartals 2007 allein zu den integrierten Versorgungsformen nach § 140 a) bis d) SGB V circa 3.500 Anträge vorlagen. Da die integrierten Versorgungsformen zur Regelversorgung gehören, sieht das Gesetz bei den entsprechenden Projekten – im Unterschied zu den Modellvorhaben nach § 63 bis 65 und den Strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f) bis g) – keine obligatorische Evaluation der Programme vor. Wo dies geschieht, ist es freiwillig.

Die bisherigen Projekte der Integrierten Versorgung bedienen sich in unterschiedlicher Form und Intensität gewisser Elemente von Managed Care. Hierzu gehören vornehmlich Projekte mit sektorenübergreifenden Koordinationen und Kooperationen zwischen allen am Behandlungsverlauf Beteiligten. In Folge der attraktiven Anschubfinanzierung stieg die Zahl der registrierten Verträge zu Integrierter Versorgung von 613 im Quartal I/2005 auf 3.498 im Quartal I/2007. Es handelt sich dabei zu über 90% um indikationsbezogene Verträge. Allerdings finden sich von den circa 4,07 Millionen eingeschriebenen Versicherten (Stand: Quartal I/2007) über die Hälfte in Hausarzt-basierten Modellen, obwohl diese nur gut 1% aller Verträge ausmachen und hinsichtlich der Kriterien integrierter Versorgungsformen umstritten sind.

In den Empfehlungen zur Integrierten Versorgung wird unter anderem darauf hingewiesen, dass eine Begleitforschung bei integrierten Versorgungsformen dringend erforderlich sei, da anderenfalls unklar bleibt, ob und inwieweit die einzelnen Modelle die Effizienz und Effektivität der Versorgung verbessern. Vor dem Hintergrund, dass Projekte zur Integrierten Versorgung zunächst Investitionskosten verursachen,

die sich erst mit zeitlicher Verzögerung in Minderausgaben oder Qualitätsverbesserungen niederschlagen, erscheint laut der Empfehlungen die Anschubfinanzierung weiterhin als vertretbare Maßnahme. Insgesamt ließe sich die bestehende Anschubfinanzierung – sowie bei geltendem RSA eine eventuelle Einbeziehung der DMP – dann mit einer Aufstockung der Finanzierung auf 2% sogar bis zum Jahre 2010 rechtfertigen. Danach solle, so die Empfehlung, eine spezifische, morbiditätsorientierte Bereinigung der Gesamtvergütung erfolgen.

Fazit

Über die langfristigen Folgen des § 140 SGB V für die Versorgungslandschaft kann man derzeit nur spekulieren und eine gesunde Skepsis in Bezug auf die gesundheitspolitische Gesamtperspektive erscheint weiterhin angebracht. Unsere Erfahrungen mit dem „Münchner Modell“ sind allerdings durchwegs positiv und sprechen dafür, dass möglichst viele Psychiater es vor Ablauf der Modellphase noch versuchen sollten, einen Integrierten Versorgungsvertrag für Ihre Region abzuschließen. Denn nur mit Hilfe der Anschubfinanzierung lassen sich einige dringend benötigte zusätzliche Leistungen und zusätzliche Honorare in der psychiatrischen Regelversorgung durchsetzen. Diese Gelegenheit sollte gemeinsam genutzt werden. Sie wird sich vermutlich so schnell nicht wieder bieten. □

AUTOREN

Dr. med. Werner Kissling

Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psycho-
therapie der TU München
E-Mail: w.kissling@lrz.tum.de



Dr. med. P. Christian Vogel

Praxis Dr. Vogel, München
E-Mail: praxcvogel@aol.com

DIAGNOSE MIT FOLGEN

Zwischen Recht und Psychiatrie

Kaum ein anderer Beruf ist so mit dem Rechtssystem verknüpft wie der des Arztes. Gerade in der forensischen Psychiatrie stehen Ärzte im Spannungsfeld zwischen Medizin, Recht und Gesellschaft. Die Herausforderung ist groß, macht aber auch den Reiz dieses Fachgebiets aus.

P. CHRISTIAN VOGEL

Das medizinische Handeln kommt an zahlreichen Punkten mit dem Rechtssystem in Berührung. Dazu zählt sowohl der rechtliche Aspekt in der Beziehung zwischen Arzt und Patient als auch – auf übergeordneter Ebene – die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Krankenkasse. Die rechtlichen Beziehungen sind oft kompliziert, speziellen Rechtsgebieten vorbehalten und, bedingt durch die sich verändernden gesellschaftlichen Verhältnisse, variabel. Ein Blick auf diese Beziehungen macht deutlich, wie abhängig die praktische Umsetzung medizinischen Wissens von der jeweiligen sozialen Situation ist. Die Beziehung zwischen Recht und Medizin, das Verhältnis zwischen Juristen und Ärzten ist nicht selten von Spannung geprägt.

Vielen Medizinern ist die Auseinandersetzung mit juristischen Sachverhalten unangenehm.

Unter einer ärztlichen Tätigkeit wird nach wie vor die Verordnung von Medikamenten, das Operieren oder die Psychotherapie verstanden. Der normative Akt, die ärztliche Stellungnahme zur Vorlage bei einer Behörde, das Formulargutachten oder die Einschätzung der Leistungsfähigkeit werden als lästig betrachtet. Dennoch kennzeichnet dies ebenso den Alltag des handelnden Arztes wie Diagnostik und Therapie. Mehr noch als andere Fachgebiete der Medizin hat die Psychiatrie viele Schnittstellen von erheblicher gesellschaftlicher, politischer und für den jeweiligen Betroffenen individuellen Relevanz. Sieht man einmal

Psychiater geraten in der Therapie von Straftätern unweigerlich in einen Rollenkonflikt.



von der Rechtsmedizin als eigenständigem Fach ab, so leistet sich die Psychiatrie als einziges medizinisches Fachgebiet einen entsprechenden Schwerpunkt – die forensische Psychiatrie. Deren Inhalt ist die Anwendung psychiatrischen Fachwissens zur Beantwortung gerichtlicher Fragen einerseits und die Behandlung psychisch Kranker, die gegen strafrechtliche Normen verstoßen haben, andererseits. Im öffentlichen Diskurs über die forensische Psychiatrie spielt derzeit die Beurteilung der Schuldfähigkeit und die der Kriminalprognose die weitaus größte Rolle. Die Medien haben in den letzten Jahren in oft spektakulärer Weise Fälle – bevorzugt im Rahmen pathologischen sexuellen Verhaltens – dargestellt, die diese Inhalte forensischer Psychiatrie betreffen.

Entwicklung der forensischen Psychiatrie

Die forensische Psychiatrie ist in ihrem Ursprungsfach tief verankert und sollte, entgegen mancher Bestrebungen, von diesem nicht getrennt werden. Sie geht insofern über ihr Ursprungsfach hinaus als sie sich nicht auf Diagnostik und Therapie beschränkt. Der forensische Psychiater entwickelt eine Beschreibung des krankheitsbedingten Funktionsdefizits und leitet daraus Fähigkeiten ab wie Willensbildung, Einsichtsfähigkeit, Steuerungsfähigkeit oder Leistungsvermögen.

Während in der klinischen Psychiatrie Diagnostiksysteme wie ICD-10 oder DSM IV entstanden sind, die keine Krankheitsursachen beschreiben, kann die forensische Psychiatrie darauf nicht verzichten. Es geht bei der forensischen Beurteilung um ein, wie von Henning Sass ausgedrückt, „psychopathologisches Referenzsystem“. Dieses Referenzsystem umfasst nicht nur die ICD-gestützte Diagnose, sondern auch den in die individuelle Entwicklung eingebetteten psychopathologischen Befund. Dieser beurteilt gerichtlich abgefragte Fähigkeiten wie Einsicht, Steuerung oder Willensbildung. Der Bezugsrahmen wird über das Konzept Mensch-Krankheit hinaus um die Dimension Gesellschaft erweitert. Die herrschende Gesellschaftsform bestimmt den forensisch zu beurteilenden Begriff, das bestehende Rechtssystem definiert ihn.

Der freie Wille

Fragen nach der Willensbildung, in unserem bürgerlichen Gesetzbuch definiert im § 104, Absatz 2 mit dem Terminus der „Freien Willensbestimmung“, haben nicht nur engen Bezug zur Rechts- und Gesellschaftswissenschaft, sondern auch zur Philosophie. Elmar Habermeyer und Sass haben hierzu einmal den Versuch unternommen, den Begriff des Willens aus psychiatrischer Sicht genauer zu definieren und mögliche Hindernisgründe einer freien Willensbestimmung zu benennen. Sie wiesen auf Augustinus hin, der einen von der Vernunft unabhängigen Willensbegriff entwickelte. Kant bemühte sich, den entstandenen Dualismus von Wille und Vernunft zu überwinden, indem er den Willen als Streben beschreibt, das durch ein Prinzip der praktischen Vernunft bestimmt werden kann.

Von psychiatrischer Seite wurde der Wille als „menschliche Fähigkeit, unter Beteiligung der Gesamtpersönlichkeit ein bestimmtes Ziel zu intendieren und sich zwischen verschiedenen Möglichkeiten zu entscheiden“ formuliert. Er orientiere sich an Wertungen und hebe sich durch Planung, Reflexion, Wahl und Entscheidung von den Trieben ab. Der Wille könne als Funktion beschrieben werden, mittels kognitiver Fähigkeiten, auf der Grundlage von Werten, getragen von affektiven, dynamischen Elementen, über Reflexion, Planung und Wahl zunächst zielgerichtete Entscheidungen und dann auch deren Realisierung zu bewirken.

Für den Gesetzgeber ist dann die Frage zu beantworten, inwieweit die freie Willensbestimmung durch eine Erkrankung ausgeschlossen ist, die entweder die kognitiven Voraussetzungen der Willensbildung stark beeinträchtigt oder in ausgeprägter pathologischer Weise die motivationalen Voraussetzungen verändert.

Gesunde und kranke Rechtsbrecher

Historisch kann beobachtet werden, dass die Frage nach der geistigen Gesundheit eines Rechtsbrechers bereits bei primitiven Völkern und im Altertum eine Rolle spielte. Anthropologen haben darauf hingewiesen, dass in primitiven Gesellschaften psychisch kranke Verbrecher nicht wie gesunde Rechtsbrecher behandelt wurden. Nach dem

Recht der Ashanti wurde ein geistig gestörter Rechtsbrecher nicht hingerichtet, sondern an einen Baum gekettet, um ihn an der Begehung weiterer Verbrechen zu hindern. Das römische Recht war eines der ersten, das den Grundsatz „Furiosus non intellegit quid agit“ – der Verrückte weiß nicht, was er tut – formulierte und somit die Frage nach der Verantwortlichkeit des Delinquenten stellte.

Aristoteles schlug in der nikomachischen Ethik vor, dass psychisch Kranke nicht bestraft werden sollten, wenn ihre Erkrankung die Ursache delinquenten Handelns war. Vor den Gerichten Athens wurde die hippokratische Diagnose einer Paranoia als Grund für Straffreiheit angesehen, außer, wenn es sich um ein Kapitalverbrechen handelte. Im 19. Jahrhundert setzte die Epoche ein, in der Ärzte zur Begutachtung psychisch kranker Straftäter herangezogen wurden. Im Jahre 1843 erschoss der paranoide schizophrene Daniel McNaghten Edward Drummond, den Sekretär des englischen Premierministers Sir Robert Peel, den er eigentlich hätte treffen wollen. Er wurde freigesprochen und lebenslanglich in eine Klinik eingewiesen. Nach der Debatte dieses Falls im Englischen Oberhaus wurden den Richtern theoretische Fragen gestellt. Die Antwort der Richter war die Formulierung der „McNaghten-Regel“, die in Großbritannien, den meisten Ländern des Commonwealth und den meisten Staaten der USA als grundlegend angesehen wird. Sie lautet sinngemäß, dass klar nachgewiesen sein müsse, dass ein Angeklagter zum Zeitpunkt der Tat wegen einer Geisteskrankheit an einem Defekt litt, der ihm nicht gestattete die Art und Eigenschaft seines Handelns zu erkennen oder falls er sie erkannte, nicht wusste, dass er Unrecht beging.

Wahnsinn und Gesellschaft

Michel Foucault beschreibt in „Wahnsinn und Gesellschaft“, dass der römische Arzt Paolo Zacchia (1584–1659) in seinen *Questiones medico-legales* ausführte, allein der Arzt könne kompetent beurteilen, ob ein Individuum wahnsinnig sei und welchen Grad der menschlichen Fähigkeiten ihm seine Krankheit lasse. Heinroth und Ideler

vertraten die Auffassung, dass die individuelle Entwicklung eines Menschen im Vordergrund des Verständnisses von seelischer Krankheit aber auch von Verbrechen stehe.

Kraepelin veröffentlichte 1907 seinen Aufsatz über das Verbrechen als soziale Krankheit. Er plädierte dafür, wie Hoff in seinem Beitrag zu den Perspektiven der forensischen Psychiatrie erläutert, dass der Richter weiterhin Gesetzesübertretungen festzustellen habe, bei allen anderen Fragen aber dem psychiatrischen Sachverständigen ein entscheidendes Gewicht zufalle, so bei der Beurteilung der Frage der Schuldfähigkeit, von Vorschlägen zu Art und Dauer der Strafe und bei Überlegungen zur Prognose. Norbert Nedopil weist darauf hin, dass das Interesse an der forensischen Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zunächst in den Hintergrund trat, bedingt durch die Konzentration auf erreichte große Fortschritte in der Therapie und der sozialen Integration psychisch Kranker. Gegen Ende des 20. Jahrhunderts veränderte sich die Intensität der Aufmerksamkeit in Richtung forensischer Psychiatrie, möglicherweise auch bedingt durch den veränderten öffentlichen Diskurs, insbesondere über Sexualstraftaten.

Der qualitative Sprung in der Begutachtung

Wie in allen Kompendien der forensischen Psychiatrie ausführlich dargestellt ist der entscheidende Schritt der forensischen Begutachtung das Überschreiten der diagnostischen Prozesse hin zur Erweiterung um das System der juristischen Begrifflichkeiten. Dies wird als „zweistufiges Beantwortungsschema“ beschrieben. Auf der Grundlage einer ausführlich dargestellten Anamnese und Befunderhebung wird die Diagnose gestellt und in der zweiten Stufe unter dem Aspekt der jeweiligen Rechtsrelevanz ein Funktionsdefizit formuliert.

Als nächster Schritt wird dieses Funktionsdefizit im Hinblick auf den verfahrensrelevanten juristischen Krankheitsbegriff diskutiert, zum Beispiel die schwere andere seelische Abarbeitbarkeit im Strafrecht oder die eine freie Willensbestimmung ausschließende krankhafte Störung der Geistestätigkeit

im Zivilrecht. Hinzu kommt eine Erörterung der Frage, mit welcher Wahrscheinlichkeit aus medizinischer Sicht die Folgen der Funktionsbeeinträchtigung zutreffen.

Ähnlich verhält es sich in Rechtsgebieten, die im Alltag des niedergelassenen Psychiaters eine große Rolle spielen, dem Betreuungs- und Sozialrecht. Auch hier ist ein mehrstufiges Vorgehen erforderlich. Auch hier ist der qualitative Sprung der Begutachtung von Bedeutung. Nach gestellter Diagnose werden Einschränkungen des Leistungsvermögens auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt quantifiziert. Dazu zählen Beeinträchtigungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit im Schwerbehindertenrecht, die Minderung der Erwerbsfähigkeit im sozialen Entschädigungsrecht oder die Beeinträchtigung der Fähigkeit, persönliche Angelegenheiten im Betreuungsrecht selbst zu besorgen. Wenn auch die letztgenannten Rechtsgebiete im öffentlichen Diskurs keine große Rolle spielen, so sind sie doch von gesellschaftspolitischer und letztendlich hoher Bedeutung für das Schicksal des Betroffenen, der im Dreieck zwischen Arzt/Gutachter, Gesellschaft und zu Begutachtendem nicht verloren gehen sollte. Nur am Rande erwähnt seien seltener gestellte forensische Fragen wie die der Testier-, der Geschäfts- und der Erziehungsfähigkeit eines psychisch kranken Elternteils oder Fragestellungen gemäß Transsexuellengesetz.

Therapie zwischen Recht und Psychiatrie

Obwohl die Behandlung delinquenter Patienten in der Psychiatrie und auch in der Psychotherapie eine lange Tradition hat – man denke an August Aichhorn und Theodor Reik, die sich in der Frühzeit der Psychoanalyse damit beschäftigt haben – wird Behandlung unter äußerem Zwang als problematisch angesehen, meist ambivalent betrachtet. Therapie im Schnittfeld zwischen Recht und Psychiatrie kommt in der Praxis des ambulant tätigen Facharztes in verschiedenen Varianten vor:

- Patienten nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug,
- Patienten nach Entlassung aus der JVA mit Behandlungsnotwendigkeit oder Therapieauflage,

- Patienten nach Verurteilung zu einer Haftstrafe auf Bewährung mit Behandlungsauflage,

— Patienten unter Führungsaufsicht. In die Praxis des Niedergelassenen kommen auch Patienten mit drohenden strafrechtlichen Konsequenzen bereits zum Zeitpunkt vor der Hauptverhandlung. Ebenso werden Patienten unter gesetzlicher Betreuung mit dem Wirkungskreis Gesundheitsfürsorge und Zuführung der Behandlung aber ohne Motivation und ohne Krankheitseinsicht in psychiatrische Praxen gebracht.

Entgegen der öffentlichen Meinung wurde in zahlreichen internationalen Metaanalysen nachgewiesen, dass die Effektstärke psychotherapeutischer Behandlungen im Bereich von etablierten somatomedizinischen Interventionen wie Bypass-Operationen oder der präventiven ASS-Gabe bei Koronarerkrankten lag [Lipsey, 1995]. Hall fand 1995 bei einer Metaanalyse von zwölf Interventionsstudien für Sexualstraftäter ähnliche Ergebnisse.

Was für die Wirksamkeit der Psychotherapie im Allgemeinen inzwischen gut belegt ist, sowohl im stationären als auch im ambulanten Rahmen, ließ sich auch bei störungsspezifischen Psychotherapiemethoden für psychisch schwer erkrankte Menschen, beispielsweise für Borderline-Patienten, nachweisen.

Ambivalenz und Rollenkonflikt

Auch in anderen Bereichen psychiatrischer Behandlung, beispielsweise bei Suchtkranken, werden wenig motivierte, wenig introspektionsfähige und durch äußere Faktoren zur Behandlung gezwungene Patienten therapiert. Es stellt sich die Frage, woran es liegt, dass sich das Vorurteil, psychisch kranke Straftäter seien nicht behandelbar, weiter hält und die Installierung von Netzwerken immer wieder daran scheiterte, dass der Behandlung dieser Patienten mit hoher Ambivalenz begegnet wird. Hier spielt wahrscheinlich das psychodynamische Verständnis der Funktion des devianten Symptoms eine Rolle sowie der Rollenkonflikt des Behandlers. Deviante Impulse und Handlungen können eine einmalige oder sporadische reparative Funktion in umschriebenen Krisensituationen haben wie etwa bei einem gele-

gentlichen Exhibitionist. Sie können ein wiederkehrendes und häufig auftretendes Konfliktlösungsmuster bei psychischer Belastung sein oder es kann sich um eine stabile Perversionsbildung handeln, die das sexuelle Erleben vollständig, ohne Kopplung mit seelischen Belastungen bestimmt wie beispielsweise bei der progredienten Pädophilie. Entsprechend der spezifischen Sozialisation ist insbesondere der psychotherapeutisch ausgebildete Facharzt empathisch, verstehend, auf Seiten des Patienten. Bei Behandlung im forensischen Kontext muss der Arzt den Widerspruch und Rollenkonflikt aushalten, nicht nur den Patienten als Leidenden zu sehen, sondern sich auch in das Opfer einzufühlen und dessen Interessen zu beachten. Erschwerend kommt hinzu, dass vom Patienten die Tat häufig als nicht zur eigenen Person gehörig erlebt wird, sprich abgespalten oder positiv umgedeutet wird, wie bei Patienten mit pädophiler Symptomatik und Exhibitionismus.

Wenn wir die innerpsychische reparative Funktion des Symptoms erkennen, verstehen wir, dass der Patient die Devianz zunächst nicht einfach aufgeben kann. Wir müssen gemeinsam mit ihm mühsam den Weg finden, wie er das Symptom und die reparative Funktion des Symptoms durch etwas anderes ersetzt. In dieser Situation müssen wir gleichzeitig die von uns erwartete und auch notwendige Loyalität der Gesellschaft gegenüber in unserem eigenen Empfinden als Rollenkonflikt aushalten. An diesem Punkt erfahren wir in der Gegenübertragung die Schwere der Störung des Patienten und erleben die dahinter stehende abgewehrte Destruktion. Gleichzeitig spüren wir die besondere Brisanz dieses Symptoms, weil damit nicht nur die Gesundheit des Patienten, sondern auch dessen soziale Existenz hochgradig gefährdet wird. Dieser beschriebene Rollenkonflikt des Therapeuten ist in Institutionen besser aushaltbar, tritt aber auch dort als zentrales Problem auf, wie häufig in der Supervision in forensisch psychiatrischen Abteilungen beobachtet werden kann. Hier die Brückenfunktion auszuhalten ist nicht leicht.

Fazit

Die Allgegenwärtigkeit forensisch psychiatrischer Fragestellungen in Klinik und Praxis machen es erforderlich, dass neben dem Schwerpunkt „forensische Psychiatrie“ in der Weiterbildungsordnung für den Facharzt eine forensisch psychiatrische Basiskompetenz vermittelt wird. Das gilt beispielsweise für die Behandlung Delinquenten ebenso wie für die Rechtsvorschriften im fachärztlichen psychiatrischen Alltag, für sozial- und zivilrechtliche Gutachten wie auch für solche zu strafrechtlichen Fragestellungen.

Es existieren viele Brücken zwischen Recht und Psychiatrie. Gerade in der forensischen Psychiatrie muss der Arzt die Grenzen zwischen den beiden Fachgebieten Recht und Psychiatrie überbrücken. Solange einem dabei nicht schwindelig wird, macht das Schreiten über diese Brücken einen wesentlichen Reiz unseres Fachgebiets aus. □

LITERATUR

beim Verfasser

AUTOR

Dr. med. P. Christian Vogel, München
Stellvertretender Vorsitzender des BVDP
E-Mail: praxcvogel@aol.com



Patienten haben Zugang zu allen Aufzeichnungen

➔ Die Nachricht ist mittlerweile schon fast zwei Jahre alt, wegen der Bedeutung für Psychiater und in der Psychiatrie Tätige anderer Berufsgruppen greifen wir das Thema jedoch nochmals auf.

Am 9. Januar 2006 stellte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) in seinem Beschluss [BVerfG, NJW 2006, 1116] das Recht auf uneingeschränkte Akteneinsicht fest. Der Hintergrund war, dass ein gemäß § 63 Strafgesetzbuch in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebrachter Patient die Einsichtnahme in seine vollständigen Unterlagen verlangte.

Bisher stellte sich die Rechtslage durch den Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Jahr 1999 [BVerfG, NJW 1999, 1777] anders dar. Jeder Patienten hatte – aufgrund seines Rechts auf Selbstbestimmung und seiner persönlichen Würde – einen Anspruch auf Einsicht in seine Krankenakte. Jedoch galt dieses Grundrecht nicht unbegrenzt. Davon ausgenommen waren laut der Rechtssprechung des Bundesgerichtshof (BGH) subjektive Wertungen und Einschätzungen des Arztes. Damit erkannte der BGH an, dass es therapeutische Bedenken gegen eine Offenlegung der Befunde geben könne [BGH, NJW 1983, 330].

Mit seinem Beschluss vom 9. Januar 2006 nimmt das BVerfG eine konträre Position zum BGH ein. Das BVerfG sieht im Gegensatz dazu ein gesteigertes schützenswertes Interesse des Patienten an solchen Befunden, das sogar die Persönlichkeitsrechte des Therapeuten überwiegt.

Da die Beschlüsse des BVerfG stets eine richtungsweisende Wirkung auf die Rechtsprechung entfalten, muss dies unmittelbare Konsequenzen für die Dokumentation in psychiatrischen Krankenakten in Klinik und Praxis haben. Es ist in Zukunft nicht mehr damit zu rechnen, dass eine Unterteilung in einen objektiven und einen subjektiven Teil der Krankenakte rechtlichen Bestand behalten wird. Alle patientenbezogenen Aufzeichnungen werden dem Patienten grundsätzlich zugänglich sein. Dies gilt auch für Aufzeichnungen der Gegenübertragung, von hypothetischen Therapieplänen und sogar für handschriftliche Notizen.

Die Empfehlung kann deshalb nur lauten, schriftliche Dokumentationen stets eingedenk des neu gestärkten Rechts auf uneingeschränkte Akteneinsicht anzufertigen.

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

SUCHTMEDIZIN IM BVDP

Zeit für Suchtkranke

In unserer Gesellschaft ist krank nicht gleich krank. Im „Stigmatisierungsranking“ stehen Suchtkranke ganz unten. Psychiater und andere Fachleute müssen sich daher gerade für diese Patienten stark machen.

GREIF SANDER

Viele betroffen

Suchterkrankungen haben im medizinischen Versorgungssystem in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Als Verursacher von beeinträchtigten Lebensjahren stehen sie statistisch an vierter Stelle aller Erkrankungen, an zweiter Stelle der psychischen Erkrankungen hinter den Depressionen. Die sehr häufige Komorbidität (in 30–70% aller Fälle) mit anderen psychischen Erkrankungen führt zudem zu einem schlechteren Krankheitsverlauf. Die Behandlung Suchtkrankender ist eine klassische Aufgabe des Psychiaters; trotzdem

bestehen Versorgungsmängel insbesondere in der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung dieser Patientengruppe. Suchtstörungen werden auch in Zukunft die sozialen Sicherungssysteme vor große Herausforderungen stellen. Hier ist unsere Berufsgruppe gefragt.

Zwischen niedergelassenen Psychiatern und diesen Patienten gibt es aber häufig eine frustrierende Interaktion. Abhängigkeitskranke sind keine einfache Patientengruppe. Sie erfordern Zeit und intensive Beschäftigung. Vorurteile gegenüber Suchtkranken prägen selbst die

Einstellung von Fachleuten: Die Erkrankten würden die eigentlichen Ursachen ihrer Beschwerden (nämlich den Suchtmittelkonsum) gezielt verdecken und so den ärztlichen Bemühungen entgegen arbeiten. Psychiater mit einer eher schützenden und respektierenden therapeutischen Haltung Patienten gegenüber neigen dazu, dem Wunsch abhängiger Patienten nach Verschleierung ihres problematischen Suchtmittelkonsums nachzugeben, um den Patienten vor einem sozialen Ansehensverlust zu „schützen“. Auch wird mit Begriffen wie „nicht-wartezimmerfähig“, wie sie auch in unserer Berufsgruppe benutzt werden, eine ganze Patientengruppe diffamiert. Für diese Menschen, ähnlich wie bei anderen Chronikern auch, müssen die Psychiater gezielte Behandlungsprogramme vorhalten und auch zu pragmatischen Sprechstundenlösungen kommen.

Gesellschaftliches Über-Ich

In der Tat befürchten nicht nur die Erkrankten, sondern auch die Behandler einen Ansehensverlust. Abhängigkeitskranke sind noch stigmatisierter als psychisch Erkrankte im Allgemeinen. Die gesellschaftliche Abwertung Suchtmittelkranke ist ausgeprägt. Beobachten wir doch als Test die Reaktion von Fahrgästen in der Straßenbahn, wenn sich ein angetrunkenener und ungepflegter Mensch neben sie setzt. Achten wir dabei auch auf die eigene unwillkürliche Reaktion und unseren eigenen Gesichtsausdruck. Die öffentliche Haltung, quasi als gesellschaftliches Über-Ich uns allen eingebrannt, ist aber letztendlich nur Ausdruck einer inneren Abwehr. Der Psychiater sollte dieses qua Ausbildung reflektieren und erkennen können, wie er es bei Stigmatisierungsbemühungen gegenüber Schizophrenen auch kann.

Fertig mit der Welt. Suchtkranke müssen mit ihrer Erkrankung fertig werden und mit der Ablehnung durch ihre Mitmenschen.



© Photocase.de

Der eigene soziale Status als Arzt hilft ihm auch, eine antistigmatische Position zu vertreten. Oder bedarf die Abwehr des eigenen inneren „Bösen“ selbst bei unserer therapeutisch ausgebildeten Berufsgruppe des Suchtmittelabhängigen als Projektionsobjekt? Letzteres ist natürlich die Funktion des gesellschaftlichen Über-Ich. Suchtkranke sind gemäß der gängigen Volksmeinung charakterschwache, haltlose Personen. Sie sind vor allem willensschwach und darum selber schuld an ihrer Erkrankung. Sollen sie doch aufhören! Alles eine Frage des Willens, klar! Auf solche Wesen kann man sehr schön herabschauen, die Mundwinkel angeekelt herabgezogen.

Langer Atem

Aber zurück zum Patienten. Notwendig zur Behandlung von Suchtstörungen sind regelmäßige und häufige Kontakte, wiederholte – auch kurze Interventionen, der Einbezug der Familie, die Vernetzung mit Suchtberatungsstelle und Hausarzt, Hausbesuche und ein langer Atem. Gerade die Erfahrung niedergelassener Psychiater in der Behandlung chronischer Erkrankungen und mehrfach erkrankter Patienten und ihre Kenntnis in der Steuerung und Vernetzung komplexer Behandlungssettings prädestinieren unsere Berufsgruppe für die Behandlung dieser Patienten.

Die Umsetzung in der Realität scheitert im niedergelassenen psychiatrischen Bereich an mehreren Stellen: So fehlen die finanziellen Ressourcen, um der hohen Morbidität für Abhängigkeitserkrankungen gerecht zu werden. Konkret müssen im EBM Leistungsziffern neu geschaffen werden, die den zeitlichen Betreuungsaufwand für die Suchtbehandlung realistisch abbilden. Qualitätskriterien für Behandlungsprogramme für Abhängige wären gut fassbar, evaluierte Leitlinien für die unterschiedlichen Behandlungsphasen und Substanzen liegen vor. Zusätzlich könnte Suchtprävention teilweise auch vom Psychiater im Verbund mit Hausarzt und Suchtberatung geleistet werden, was ebenfalls die Rekrutierung entsprechender finanzieller Mittel für die Praxen zur Voraussetzung hätte. Die aktuelle politisch gewollte systematische finanzielle Austrocknung der ambulanten Versorgungspsychiatrie

steht jedoch der psychiatrischen Versorgung Suchtmittelabhängiger durch den niedergelassenen Psychiater entgegen.

Bedauerlicherweise wird das schlechte öffentliche Ansehen der Betroffenen gerne auch im Kollegenkreis im Kampf um die Ressourcen im gedeckelten KV-System gegeneinander eingesetzt.

Stigmatisierungsranking

Allerdings haben auch viele Psychiater ein Ausbildungsdefizit in der Therapie von Abhängigkeitskranken. Es war bis vor wenigen Jahren gang und gäbe und ist heute mancherorts noch verbreitet, dass während der klinischen Ausbildung nach Möglichkeit ein großer Bogen um die Suchtstationen gemacht wird. Diese Stationen waren prinzipiell unbeliebt. Viel Arbeit, wenig Erfolg, Drehtürpsychiatrie etc. hieß es häufig. Der auszubildende psychiatrische Assistenzarzt tradierte so nicht nur gesellschaftliche Vorurteile gegenüber Süchtigen als charakterschwachen und haltlosen Personen. Er lernte und verinnerlichte zusätzlich auch das innerpsychiatrische Stigmatisierungsranking: psychisch Erkrankte sind gesellschaftlich stigmatisiert, Abhängige sind innerhalb der Gruppe der psychisch Kranken noch weniger wert und das Allerletzte sind die Junkies, die Drogenabhängigen. Mit denen will der Psychiater darum schon gar nichts zu tun haben.

Ich erinnere an dieser Stelle an das vor 40 Jahren wegweisende Urteil des Bundessozialgerichts, in dem endlich Abhängigkeit als Krankheit anerkannt wurde. Es dauerte dann noch über einhalb Jahrzehnte, bis diese Erkenntnis endlich Fixierung in der ICD 10, unserem medizinischen Diagnosesystem, fand.

Es gibt auch positive Entwicklungen. In der stationären Psychiatrie wurden in den abgelaufenen Jahren kompetente und spezialisierte Suchtbehandlungseinheiten aufgebaut. Klinikpsychiater sind bundesweit als Suchtspezialisten anerkannt. Aber die ambulante psychiatrische oder psychotherapeutische Weiterbehandlung Abhängiger findet eben nicht beim niedergelassenen Psychiater oder Psychotherapeuten statt. Der Psychiater behandelt sie nicht. Der Psychotherapeut macht selber das Vorhandensein einer

Suchterkrankung zum Ausschlusskriterium für die Psychotherapie (im sklavischen Einklang mit überholten und fachfremden Kriterien mancher Kostenträger im Antragsverfahren für die Psychotherapie). So schickt der darob frustrierte Klinikarzt den Abhängigen in die eigene psychiatrische Institutsambulanz.

BVDP und Suchtmedizin

Wie hält es nun der BVDP mit der Suchtmedizin? Der BVDP-Bundesausschuss will die Behandlung der psychiatrischen Erkrankung „Suchtmittelabhängigkeit“ durch den niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten. Er fordert eine ausreichende finanzielle Basis zu schaffen, um die Behandlung dieser chronisch Erkrankten gewährleisten zu können. Aufgrund der besonderen zeitlichen und fachlichen Herausforderung in der Behandlung der sehr häufig mehrfach psychisch erkrankten Suchtmittelabhängigen muss eine leitliniengerechte Behandlung der verschiedenen Suchtstörungen zusätzlich vergütet werden.

Suchtbehandlung muss vernetzt erfolgen. Der Psychiater bringt seine Fachkompetenz der psychiatrischen Behandlung der Abhängigkeitserkrankung in das multiprofessionelle Team ein. Die häufigen psychiatrischen Begleiterkrankungen, wie zum Beispiel Depressionen, werden dadurch aus einer Hand behandelt. Vorurteile der Sucht- und Selbsthilfe gegenüber anderen psychischen Erkrankungen werden abgebaut und der Betroffene ist im Netzwerk gut eingebunden. Eine mit langem Atem durchgeführte Suchtbehandlung, welche auf dem Verständnis um die Notwendigkeit flexibler auf die Förderung der Motivation zur Veränderung basierender Behandlungsstrategien basiert, zeigt gute Erfolge. Eine „Nützt-ja-doch-nichts“-Einstellung zur Behandlung von Suchtstörungen ist heute überflüssig.

Fachleute für die Behandlung psychischer Erkrankungen treten engagiert gegen die Stigmatisierung von Abhängigkeitserkrankungen ein, wie sie gegen die Stigmatisierung seelischer Erkrankungen insgesamt aktiv sind. Im Bundesvorstand des Berufsverbandes ist das Referat Sucht mit meiner Person besetzt, gleichzeitig bin ich Vorstandsmitglied

der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS), der größten deutschen medizinischen Suchtfachgesellschaft. Durch diese Kooperation beider Verbände positionierte sich der BVDP in der öffentlichen Diskussion im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens zum Nichtraucherschutz und unterstützte das Memorandum des Deutschen Krebsforschungszentrums zur Rauchfreiheit in öffentlichen Räumen. Das Memorandum wurde Anfang 2007 im NEUROTRANSMITTER veröffentlicht. Ferner unterstützte der BVDP die Forderung der DGS, basierend auf den wissenschaftlichen Ergebnissen der an der Hamburger Universitätsklinik durchgeführten Heroinstudie, die Heroinverschreibung für eine bestimmte Gruppe schwerstabhängiger Opiatabhängiger zu ermöglichen [veröffentlicht im NEUROTRANSMITTER 2007, 6: 41]. Dieser Forderung hat sich auch der Bundesrat im September 2007 mehrheitlich angeschlossen.

Der BVDP-Vorstand beabsichtigt zudem, der Fortbildung im Bereich Suchtmedizin zukünftig besondere Beachtung zu schenken. □



In Deutschland müssen psychisch Kranke oft lange auf den Arzt warten.

AUS DER PSYCHIATRISCH-PSYCHOTHERAPEUTISCHEN PRAXIS Die Zukunft ärztlicher Psychotherapie

Schlechte Bezahlung, hohe Belastung und mangelnde Anerkennung von Kollegen anderer Fachrichtungen: Der psychotherapeutisch tätige Arzt hat allen Grund skeptisch in die Zukunft zu schauen. Dabei ist er gefragt denn je.

GERD WERMKE

Psychische Erkrankungen nehmen statistisch zu. Sie verursachen einen hohen Teil der Arbeitsunfähigkeiten und sind in zunehmendem Maße für Frühberentungen verantwortlich. Laut Gesundheitsberichtserstattung des Bundes von 2006 sind psychische Erkrankungen bei knapp 25% der Männer und bei 35% der Frauen Ursache der Frühberentung. Die volkswirtschaftliche Bedeutung der psychischen Erkrankungen ist also enorm. Angesichts dieser Daten müsste man annehmen, dass die Arbeit der psy-

chotherapeutisch tätigen Ärzte fest im Gesundheitssystem verankert ist und Psychotherapeuten einer sicheren Zukunft entgegenblicken. Dem ist jedoch nicht so. Sowohl die Honorierung der Arbeit als auch die Anerkennung durch Gesellschaft und Kollegen anderer Fachrichtungen lässt zu Wünschen übrig. So berichten beispielsweise Patienten immer noch, dass sie deshalb zu einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie kommen, weil der Haus- oder Facharzt „nichts“ gefunden habe. Und Radiologen

AUTOR

Dr. med. Greif Sander

Klinikum Warendorff,
Sehnde

E-Mail: dr.sander@warendorff.de





beruhigen Patienten nach einer kranialen Computertomografie ohne Befund, dass sie „nichts im Kopf“ haben. Wir sind also Therapeuten des „Nichts“.

Ein typischer Tag

Ich bin Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie und praktiziere seit 19 Jahren. Anhand eines typischen Tagesablaufs in meiner Praxis möchte ich zeigen, wie der Alltag eines Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie aussieht. An diesem Beispiel soll deutlich werden, unter welchem Druck wir täglich stehen und wie unzureichend unser Engagement für psychisch Kranke honoriert wird.

Mein Arbeitstag beginnt morgens um 7.30 Uhr. Der letzte Patient verlässt die Praxis um 19.30 Uhr, nach Aufräumen schließe ich gegen 20.00 Uhr die Praxis. In meiner eineinhalbstündigen Mittagspause, die allerdings nicht immer einzuhalten ist, esse ich, lese Post und erledige hin und wieder Schreibarbeiten. Freitags arbeite ich nur sechs

Stunden mit Patienten. Der Nachmittag ist – wie ein Teil des Samstages – für Schreibarbeiten vorgesehen.

Mittwoch, 2. Mai 2006

7.30 Uhr: Die Arbeit beginnt mit der Behandlung eines Patientin mit einer Soziophobie. Er konzentriert sich insbesondere auf sein übermäßiges Schwitzen. Durch die Krankheit ist er in seinem Beruf beeinträchtigt, da er mit vielen Kunden im Kontakt steht. Ein Grund für die Erkrankung sind die überhöhten Anforderungen des Patienten an sich selbst. Ich versuche sie durch kognitives Umstrukturieren zu verändern. Außerdem führe ich eine Desensibilisierung in der Vorstellung mithilfe von hypnosuggestiven Verfahren durch. Inzwischen muss der Therapieerfolg nur noch stabilisiert werden. Daher reicht ein Therapietermin im Monat, in Zukunft sollen die Treffen noch seltener stattfinden.

8.30 Uhr: Es kommt ein Patient mit einer depressiven Störung. Er ist Kleinunternehmer und weiß sich nicht durchzusetzen – insbesondere gegenüber Frauen. Er ist, wie wir Psychotherapeuten sagen, in der physiologischen Aggression gehemmt ist. Die Ehefrau, so schildert er die Situation, verscheucht durch ihre Art manchen Kunden. Er kann sie weder überzeugen noch in ihre Schranken weisen. In der Hoffnung einen psychodynamischen Hintergrund und einen therapeutischen Ansatz zu finden, erhebe ich die biografische Anamnese. Die Behandlung wurde von dem Patienten bislang nicht fortgeführt. Er lässt mir aber immer wieder Grüße zukommen. Man braucht Zeit und Geduld, wenn Patienten sich auf diese Weise an die Behandlung herantasten.

9.00 Uhr: Anschließend behandle ich eine auf Clozapin stabil eingestellte Patientin, die an einer schizophrenen Psychose leidet. Ihr letzter Klinikaufenthalt liegt fünf Jahre zurück. Da sie nur in Ein- bis maximal Dreiwortsätzen spricht, oftmals nur mit den Schultern zuckt, den Kopf schüttelt oder nickt, versuche ich sie zum Geschichtenerzählen anzuregen. Sie berichtet in vier kurzen Sätzen über einen Kinofilm. Ich erzähle die Fabel vom Salzesel und hoffe, dass sie diese das nächste Mal etwas lebhafter und umfangreicher erzählen wird (eine Hoff-

nung, die sich im übrigen nicht erfüllt hat). Anschließend nimmt ihr meine Assistentin Blut für die monatliche Kontrolle des Blutbildes ab.

9.30 Uhr: Bei dem nächsten Patienten, der ebenfalls an einer schizophrenen Psychose leidet, war ein Diabetes neu festgestellt worden. Da er unter der, nach vielen Versuchen endlich erfolgreichen, neuroleptischen Behandlung erheblich an Gewicht zugenommen hatte, musste die Therapie leider auf ein anderes Regime umgestellt werden. Diese Umstellung hat Vor- aber auch Nachteile. Er fühlt sich einerseits aktiver, konnte an Gewicht verlieren und den Blutzuckerspiegel besser beeinflussen. Andererseits treten nun gelegentliche Halluzinationen auf, von denen er sich noch distanzieren kann. Ich fasse seine Möglichkeiten und Erfolge zusammen. Ich ermuntere ihn weiter zu machen und darauf zu hoffen, dass die Stimmen nach der Umstellungsphase wieder in den Hintergrund rücken.

9.40 Uhr: Eine Patientin, die nach einem Schlaganfall an einer Aphasie und an einer reaktiven, vielleicht aber auch zum Teil organischen Depression leidet. Sie kam ursprünglich auf Überweisung des Nervenarztes, der die neurologischen Störungen behandelt. Sie nimmt nun seit einem viertel Jahr Antidepressiva und fühlt sich deutlich besser. Der Ehemann berichtete, dass sich jetzt jedoch vermehrt Zwangssymptome einstellen, sodass die Behandlung mit Doxepin langsam und schrittweise durch Clomipramin ergänzt wird. Wir besprechen Strategien gegen die Zwangssymptome und ich versuche dem Ehemann Halt zu geben, Mut zu machen und den Vorfall nicht als Rückschlag zu erleben.

10.00 Uhr: Der nächste Patient leidet an einer schizophrenen Psychose. Obwohl er volljährig ist, begleitet ihn der Vater in die Behandlung. Er verträgt die antipsychotische Medikation einigermaßen gut, geht sogar regulär arbeiten. Der Vater ist jedoch mit der Dynamik des Sohnes unzufrieden. Er sitze nach der Arbeit zu viel herum und schlafe an den Wochenenden zu lange. Außerdem sollten Medikamente seiner Meinung nach prinzipiell nur vorübergehend gegeben werden. Man (also ich) sollte mehr in der Kindheit des Sohnes forschen. Der

Sohn wehrt sich gegen die Vorstellungen des Vaters. Er will vielmehr jetzt, nach dem dritten Klinikaufenthalt, die Medikamente so behalten, wie er sie einnehme. Er sei mit dem bisherigen mühsam erreichten Erfolg ausreichend zufrieden. Die verschiedenen Krankheitsmodelle bleiben leider nebeneinander bestehen. Die unerwartete Diskussion führt dazu, dass zehn Minuten überzogen wurde.

Anschließend führe ich ein Telefonat mit einem Patienten wegen der Medikation. Das Antidepressivum muss wieder erhöht werden.

10.30 Uhr: Eine Patientin mit Angstneurose und Panikzuständen kommt in die Behandlung. Derzeit verspürt sie keine Ängste mehr um sich, allerdings Ängste und „Verantwortungsgefühle“ um den Bruder und den fast 80-jährigen Vater. Die Mutter ist seit einem Jahr verstorben. Sie fühlt sich durch ihre Ängste getrieben. Wir erarbeiten einen psychodynamischen Hintergrund und besprechen seine Bedeutung für die heutige Situation. Zwischen den Therapiesitzungen macht sich die Patientin Gedanken, schreibt diese auf, sucht Belege im Internet, malt Bilder zu den Themen, die immer wieder als Ausgangspunkt in der nächsten Sitzung benutzt werden und die in den therapeutischen Prozess eingebaut werden können.

11.20 Uhr: Die nächste Patientin trug nach einem Überfall bleibende Körperschäden davon. Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist seit einem Jahr abgeschlossen. Die Patientin hat keine Intrusionen mehr und macht sich auch keine Vorwürfe mehr. Sie kommt nun alle vier Wochen zu Terminen, um aktuelle Probleme in der Familie oder Partnerschaft zu klären, da sie auch einigermaßen harmlose „Übergriffe“ durch Familie, Freunde oder Ärzte überdeutlich erlebt.

Anschließend ein weiteres Telefonat mit einem Kollegen, der mir zwei Patienten schicken möchte.

11.50 Uhr: Es kommt eine 65-jährige Patientin mit Schwindelgefühlen und gelegentlichen Ohnmachten, die neurologisch abgeklärt worden waren. Sie wurde mir deshalb vor einiger Zeit vom Hausarzt geschickt. Was sie bei mir machen sollte, wisse sie nicht recht. Auch

ich finde keinen Ansatz, dennoch kommt sie weiter in sechs-wöchentlichem Abstand und ich höre zu, gebe Medikamente gegen die Schlafstörungen. Der Hausarzt und die Patientin meinen, dass die Behandlung erfolgreich sei. Was auch immer ich getan habe, sie ist seither nicht mehr ohnmächtig geworden, und ich solle die Behandlung vorerst auf keinen Fall beenden.

An dem Vormittag kommt außerdem ein Patient wegen eines Auszahlungsscheins mit dem ich kurz spreche. Es werden vier bis fünf Rezepte zusätzlich ausgestellt. Ich schaue dann anschließend die Post durch, lege mir drei Anfragen des Versorgungsamtes und eine der Krankenkasse zur Seite, die ich vor Beginn des Nachmittagsbetriebes beantworte.

Ich will es bei der Schilderung des Vormittags belassen. Der Nachmittag verläuft ähnlich.

Viele Namen, eine Aufgabe

Verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologische Vorgehen finden nicht nur in der antragspflichtigen Richtlinienpsychotherapie statt, sondern auch und neben den hypnosuggestiven Verfahren in der psychiatrischen Psychotherapie. Das gilt insbesondere dann, wenn der Patient Struktur und Halt braucht und es gilt, ihm Mut zu machen.

So wie ich arbeitet der größte Teil der saarländischen Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Die Nervenärzte decken neben der Psychiatrie den neurologischen Bereich mit ab und haben je nach Praxisstruktur und Schwerpunkt andere Zeitabläufe und Einteilungen. Daher überweisen sie uns in nicht unbedeutenden Umfang Patienten zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Neben den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und den Nervenärzten gibt es die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie die Ärzte, die fast ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind und in der Gruppe der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie abrechnen. Diese Kollegen sind schon lange vor der Einrichtung des „Psychotherapeutischen Mediziners“ in der allgemeinen psychotherapeutischen Versorgung, Notfall versorgend, sozialmedizinisch und sozialpädiatrisch tätig

gewesen und konnten in ihre psychotherapeutische Arbeit ihre anderweitige medizinische Ausbildung einbringen.

Unangemessene Honorierung

Nach dem neuen EBM, in Verbindung mit dem Honorarverteilungsvertrag (HVV) werden die Leistungen dieser Kollegen derzeit bei den Primärkassen mit 2,037 Cent pro Punkt, also etwa 30,45 EUR, bei den Ersatzkassen mit 1,163 Cent pro Punkt, also mit 17,38 EUR pro Therapiestunde vergütet. Sie müssen ihr spezielles ärztliches Spektrum zugunsten der antragspflichtigen Richtlinienpsychotherapie einschränken, worunter die ärztliche psychotherapeutische Versorgung leidet.

Mindestens drei Sozialgerichtsurteile – zuletzt im Saarland – konnten gegen die KVen für einen Teil dieser Leistungen für Probepsychotherapien durchgefochten werden. Diese Urteile müssen sich allerdings erst noch vor den höheren Instanzen bewähren. Die Leistungen der Psychiater und Psychotherapeuten sowie der psychotherapeutisch tätigen Nervenärzte sind durch Budgetierungen eingengt, da außerhalb der antragspflichtigen Richtlinienpsychotherapie ein Drittel der Leistungen stark abgewertet und teilweise gar nicht bezahlt werden.

Neben der fachärztlichen Psychotherapie erbringen noch andere Fach- und Hausärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie. Sie sind mehr oder weniger umfangreich psychotherapeutisch tätig und rechnen nach dem für ihre Fachgruppe geltenden Punktwert und innerhalb ihres eingeschränkten Budgets auch für die antragspflichtige Richtlinienpsychotherapie ab, was je nachdem zu einer ausreichenden, in der Regel aber eher miserablen Vergütung führt. Daher ist verständlich, dass bei diesen Ärzten der Umfang der Psychotherapie mehr und mehr zurück geht und ihr Interesse an Psychotherapie nachlässt. Dies gilt im Übrigen auch für die psychosomatische Grundversorgung.

Wissen um Körper und Psyche

Der Titel „Zukunft der ärztlichen Psychotherapie“ sollte meiner Meinung nach besser heißen: „Hat trotz der epidemiologischen Daten psychotherapeutisches Denken und Handeln in der

Ärzeschaft eine Zukunft?“ oder „Ist die Ärzteschaft an Psychotherapie durch Ärzte interessiert“. Die Psychotherapierichtlinien regeln die Durchführung von ärztlicher und psychologischer Psychotherapie zu Lasten der Kostenträger. Der Berufsverband deutscher Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ist der Auffassung, dass der durch Ärzte durchgeführten Richtlinienpsychotherapie eine besondere Bedeutung zukommt. Die Behandlung der Psyche durchdringt deren gesamtes ärztliches Handeln und basiert auf einer umfassenden Weiterbildung und Kenntnis in der Diagnostik und Behandelbarkeit psychischer Störungen. Richtlinienpsychotherapie und andere störungsspezifische Therapieformen sind hierbei ein mögliches Behandlungswerkzeug von vielen.

Patienten mit psychischen Erkrankungen erkranken häufiger an Herz-, Kreislauf- und Atemwegserkrankungen als psychisch Gesunde. Andererseits sind körperliche Erkrankungen oftmals Auslöser für psychische Erkrankungen. Darüber hinaus sind psychische Erkrankungen – wie ich am Anfang dargelegt habe – so häufig, dass es statistisch unwahrscheinlich wäre, wenn psychisch Kranke nicht auch andere Erkrankungen bekämen, wobei sich dann die jeweilige Symptomatik überlagert. Auch Patienten, die beispielsweise an Hypochondrie leiden, sind gegen andere Krankheiten nicht gefeit. Patienten nach einem Schlaganfall leiden unter anderem an hirnorganisch bedingter Übererregbarkeit, Depressivität oder reaktiven Störungen.

Deutschland ist unterversorgt

Auf Überweisungen, die ich und Kollegen erhalten, stehen oft abenteuerliche Berufsbezeichnungen. Dies zeigt, dass das psychotherapeutische Denken in der Ärzteschaft nicht in der Weise verankert ist, wie es wünschenswert wäre. Denn wir Ärzte behandeln letztendlich nicht Krankheiten, sondern Kranke. Das bedeutet, dass wir sie in ihrer Art und mit ihren Krankheiten – auch den psychischen – akzeptieren und annehmen. Das heißt nicht, dass man alles akzeptieren soll, sondern dass man den Patienten in seinen sozialen Bezügen wahrnimmt

und seine Ressourcen, aber auch Begrenzungen annimmt und fördert.

Die ärztliche Versorgung der psychisch Kranken ist unzureichend. Sie wird von der Ärzteschaft und ihren Organen nicht ausreichend wahrgenommen. Die ärztliche Versorgung der psychisch Kranken war in Deutschland ohnehin noch nie – so wie in Frankreich oder der Schweiz zumindest einigermaßen – ausreichend. In der Schweiz werden 10 Millionen Einwohner von 1.600 niedergelassenen Psychiatern, psychiatrisch-psychotherapeutisch versorgt. Wäre das Verhältnis in Deutschland das gleiche, müsste es bei uns 13.120 niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten, Ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie geben. Eine Zahl, die bei weitem nicht erreicht wird. In Frankreich gibt es für 61 Millionen Einwohner ungefähr 8.000 niedergelassene Psychiater. Das entspräche für Deutschland 10.755 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie. Sowohl in der Schweiz als auch in Frankreich wird Psychotherapie teilweise delegiert. Auch sind Psychotherapeutengesetze in Vorbereitung oder beschlossen. Demgegenüber gibt es in Deutschland knapp 5.000 Nervenärzte, Psychiater und Neurologen – bei 81 Millionen Einwohnern. Davon arbeiten etwa 1.500 Kollegen rein psychiatrisch. Bei den übrigen 3.500 Kollegen werden sowohl psychiatrisch als auch neurologisch erkrankte Menschen behandelt. Dies reduziert rein rechnerisch die Kapazität der Kollegen für die Behandlung psychischer Störungen. Deshalb ist die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland im Vergleich zu den europäischen Nachbarn schlechter gestellt. □

AUTOR

Dr. med. Gerd Wermke
Praxis,
Homburg
E-Mail: gerd@praxiswermke.de



2. Brücke in die Zukunft – **Ein Fachgebiet im Wandel**



© Photocase.de

33 2.1 Standortbestimmung
des BVDP

37 2.2 Der DGPPN-Kongress im
Wandel der Zeit

40 2.3 Der Niedergang der
ambulanten Psychiatrie

47 2.4 Gesundheitspolitik
mitgestalten

50 2.5 Schluss mit der
Benachteiligung

8 JAHRE BVDP

Standortbestimmung des BVDP

Der BVDP setzt sich seit 1999 für die Belange der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland ein. Mit klaren Zielen und einer kontinuierlichen Standortbestimmung reagiert der Verband auf die neue Gesetzeslage und die angespannte Versorgungssituation für psychisch Kranke.

CHRISTA ROTH-SACKENHEIM

Mehr als 80 Millionen Menschen erkranken jährlich in der EU an mindestens einer psychischen Erkrankung. Das bedeutet, dass über ein Viertel der Gesamtbevölkerung der EU jährlich eine psychische Störung erleidet. Das Lebenszeitrisiko für psychische Störungen liegt mit mehr als 50% sogar doppelt so hoch. Bei circa 40% der Störungen entwickelt sich ein chronischer Verlauf. Das heißt, sie dauern mindestens sechs Monate, nicht selten sogar lebenslang an.

Die durch psychische Erkrankungen in Deutschland verursachten direkten Krankheitskosten liegen derzeit an vierter Stelle hinter Krankheiten des Verdauungstraktes, des Kreislauf- und Skelettsystems. Psychische Störungen als Arbeitsunfähigkeitsursache belegen Platz vier bei Frauen und Platz fünf bei Männern. Sie haben den stärksten Anstieg bei unter 30-Jährigen, verursachen die zweitlängste Arbeitsunfähigkeitsdauer nach Krebserkrankungen und die längste Krankenhausverweildauer von allen Erkrankungsarten. Des Weiteren sind psychische Störungen seit 2005 sowohl bei Männern als auch bei Frauen der häufigste Grund für den Eintritt von Erwerbsunfähigkeit vor Erreichen der Altersgrenze.

Massiver Wandel

In keinem anderen Fachgebiet hat sich die Versorgungslandschaft in den letzten 30 Jahren so grundlegend verändert wie in der Psychiatrie. Seit 1975 wurden über 60% der Krankenhausbetten an psychiatrischen Kliniken in Deutschland abgebaut. Die Zahl der niedergelassenen Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie entsprechend der Bedarfsplanung stieg im selben Zeitraum von rund 1.000 auf zuletzt rund 5.000. Es wurden zunehmend psychiatrisch-psychotherapeutische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern eingeführt. Gleichzeitig wurden in den Kommunen Heim- und Betreuungsplätze für chronisch psychisch Erkrankte ausgebaut, sodass ein wesentlich höherer Teil dieser Menschen heute wohnortnah versorgt wird.

Versorgungsprobleme

Fünf Einzelfaktoren mit negativem Synergieeffekt erschweren heute die psychiatrische Versorgung:

1. Seit 1975 gab es keinen angemessenen Ressourcentransfer von stationärer zu ambulanter Versorgung.
2. Die Gesundheitsausgaben gemessen am Bruttoinlandsprodukt stagnieren seit Jahrzehnten.

3. Im Psychotherapeutengesetz wurde 1999 das Ausgabenvolumen der gesetzlichen Kassen für Richtlinienpsychotherapie nicht vollständig erfasst und dadurch zu niedrig in das gesamtärztliche Budget eingestellt.

4. Die 90%-Regelung in den Jahren 1999 bis 2006 (Stützung des Punktwertes für Richtlinienpsychotherapie durch das BSG-Urteil bei mindestens 90%-iger Honorarschöpfung durch Richtlinienpsychotherapie) kam den meisten Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenärzten für ihre Richtlinienpsychotherapie-Leistungen nicht zugute. Viele Kollegen mussten sich aus finanziellen Gründen entscheiden, entweder als überwiegend psychotherapeutisch tätiger Arzt unter Verzicht auf ihre psychiatrische Vertragsarztstätigkeit oder als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie unter Verzicht auf ihre Richtlinienpsychotherapie tätig zu sein.

5. In den bis zum Jahr 2005 23, heute 17 KVen der Länder wurden die Honorarverteilungsmaßstäbe für Ärzte der Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Nervenärzte höchst unterschiedlich gehandhabt.

Fachgruppenaufteilung

Facharztbezeichnung	Anzahl
Nervenarzt/ Arzt für Neurologie und Psychiatrie	2.450
Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie	1.450
Arzt für Neurologie	1.100

Quelle: Grunddaten der Kassenärztliche Bundesvereinigung 2005

Gremien, in denen der BVDP aktiv vertreten ist

Bundesärztekammer

- Akademie der Gebietsärzte, Entwicklung der GOÄ, Entwicklung der Musterweiterbildungsordnung, Unterstützung des Vorstandes bei Ärztetagen

Kassenärztliche Bundesvereinigung

- Fachausschuss Psychotherapie (Dr. Christa Roth-Sackenheim) und Fachausschuss Fachärzte (Dr. Frank Bergmann)
- Unterstützung und Beratung bei Konzepten von Verträgen nach 73 c und 140 ff.
- regelmäßige Gespräche mit KBV-Vorstand und Stellungnahmen bei der Entwicklung der verschiedenen EBM-Stufen

Gemeinsamer Bundesausschuss

- Unterausschuss Psychotherapie
- Themengruppe Neuropsychologie
- Stellungnahmen zur Arztzahlentwicklung, Bedarfsplanungsentwicklung, Honorarentwicklung

Mitwirkung bei Leitlinienentwicklung

- Schizophrenie, Depression, Bipolare Störungen, Zwang, ADHS im Erwachsenenalter

Kooperation mit Verbänden und Fachgesellschaften

- in erster Linie BVDN, BDN und DGPPN
- Berufsverband deutscher Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten
- Berufsverband Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie
- Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin
- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention
- Deutsche Gesellschaft für ärztliche Verhaltenstherapie
- Deutsches ADHS-Netz
- Verschiedene psychologische Fachverbände und Gesellschaften, Bundespsychotherapeutenkammer

Diese fünf Einzelfaktoren wirken in die gleiche negative Richtung und sie verstärken sich gegenseitig. Sie wirken negativ auf die ambulante Versorgung psychisch Kranker, die immer seltener differenzierte Psychopharmakotherapie und störungsspezifische Psychotherapie aus einer Hand bekommen. Für Patienten wird es immer schwerer, in der ambulanten Situation fachärztlich effizient behandelt zu werden.

Die oben genannten Entwicklungen verschärfen zudem die Honorarsituation unserer Fachgruppe, die zuletzt in den Honorarstatistiken aller Länder-KVen das Schlusslicht bildete. Auch erschweren sie unsere Identifikation mit diesem faszinierenden, jedoch auch vielfältig belastenden und kräftezehrenden Beruf. Dies zeigt sich unter anderem daran, dass viele Kollegen schon mit 63 Jahren statt erst mit 68 aus dem Vertragsarztdasein ausscheiden wollen. In der Fachgruppe der Nervenärzte gemäß Bedarfsplanung – diese beinhaltet Nervenärzte, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Neurologen – werden jedoch in den nächsten zehn Jahren 30% der Kollegen aus Altersgründen ausscheiden. Psychiater sind nach den Anästhesisten die Arztgruppe, mit der höchsten Suizidrate.

Was tut der BVDP?

Der BVDP wurde am 20. Mai 1999 in Leipzig als eigenständiger Berufsverband gegründet. Er ging aus der Sektion Psychiatrie und Psychotherapie des BVDN hervor. Der BVDP hat derzeit etwa 300 Mitglieder, etwa zwei Drittel davon sind als Doppelm Mitglieder auch im BVDN vertreten, der als über 45 Jahre bestehender Ursprungsverband derzeit circa 2.900 Mitglieder zählt. Der BVDP nimmt Einfluss auf die Bundesgesundheitspolitik und die Bundesgremien der ärztlichen Selbstverwaltung und unterstützt die Landesverbände des BVDN in ihren regionalen Aufgaben.

Die Änderung der Weiterbildungsordnung 1992 mit der Abschaffung des Nervenarztes mit fünfjähriger Weiterbildungszeit sowie die geradezu explosionsartige Vermehrung wissenschaftlicher Erkenntnisse und therapeutischer Möglichkeiten in Neurologie und Psychiatrie-

Psychotherapie veranlasste immer mehr junge Kollegen, sich zum Einzelfacharzt weiterzubilden. Gleichzeitig ging die Anzahl der Nervenärzte und der neuen Doppelfachärzte zurück.

Leitbild des BVDP

Der BVDP vertritt ein Leitbild eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie, der sich für die Gesamtheit psychischer und psychosomatischer Störungen verantwortlich sieht. Im Mittelpunkt steht dabei der psychisch kranke Mensch mit seiner Geschichte, seiner Erkrankung und seiner Persönlichkeit. Der Patient erfährt selbstverständlich die gleiche Fürsorge wie somatisch Erkrankte. Als Auslöser für die Störung wird nicht mehr wie früher üblich zwischen rein somatischen oder psychogenen Ursachen unterschieden. Stattdessen fußt die Behandlung auf einem wissenschaftlich begründeten, multifaktoriellen Konzept.

In die Behandlung gehen sowohl die Erkenntnisse der biologischen Psychiatrie und Sozialpsychiatrie ein als auch die evidenzbasierten Konzepte der Verhaltenstherapie, der analytischen/tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie sowie der störungsspezifischen Psychotherapie. Das Krankheitsverständnis und die therapeutische Haltung des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie ist schulenübergreifend. Dies bedeutet einerseits die Forderung nach – wo nötig – konsequenter effizienter Psychopharmakotherapie, andererseits nach der Differenzialindikation richtlinienpsychotherapeutischer, störungsspezifischer und edukativer Psychotherapie und gegebenenfalls weiterer unterstützender Maßnahmen. □

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

Vorsitzende des BVDP
Praxis für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie in Andernach
E-Mail: c@dr-roth-sackenheim.de



Seit 2001 findet der DGPPN-Kongress in Berlin statt und zieht seither immer mehr Teilnehmer an.

© Photocase.de

DER LANGE WEG NACH BERLIN!

Der DGPPN-Kongress im Wandel der Zeit

Der Kongress der DGPPN hat sich als feste Größe in Deutschlands Kongresslandschaft etabliert. Der Weg dahin war nicht immer einfach, doch das stetig wachsende Interesse am DGPPN-Kongress bereitet den Boden für weitere Fortschritte.

UWE HENRIK PETERS UND MICHAEL SCHIFFERDECKER

Der DGPPN-Kongress des letzten Jahres deckte ein großes Themenspektrum ab und ließ damit nur wenig Besucherwünsche offen. Mit 6.145 Teilnehmern war der Kongress so gut besucht wie nie zuvor. Zudem bereicherten über 400 Kollegen aus der Schweiz und knapp 300 österreichische Kollegen den Kongress und boten interessante Kontakte über den „deutschen Tellerrand“ hinaus. Die aktuellen Themen in der Psychiatrie wurden in 425 Sitzungen, Symposien und anderen Veranstaltungen abgedeckt. Nicht selten waren die Kongresssäle bis auf den letzten Platz gefüllt. Aber auch Themen am Rande des Mainstreams fanden aufmerksame Zuhörer. In den Pausen konnten die Besucher an den Büchertischen der Verlage stöbern und sich von der Pharmaindustrie über neue und alte Produkte informieren lassen. Unter solch glücklichen Umständen ist es vielleicht mehr noch als sonst angebracht, einen Blick nach vorn und einen Blick zurück zu werfen. Wie kam es über-

haupt zu dem Kongress? Wie könnte es weitergehen? Da wir, die Autoren dieses Beitrags, diese Entwicklung eingeleitet hatten, beschäftigten uns diese Fragen mehr als andere, und wir möchten etwas zur Diskussion über die Entwicklung und die Zukunft des DGPPN-Kongresses beitragen.

Schwierige Ausgangslage

Die Entwicklung solcher Kongresse hängt stets eng mit der Entwicklung der Fachgesellschaft zusammen. Obwohl man auf der Internetseite der DGPPN auch andere Arbeitsergebnisse findet, bleibt die Hauptaufgabe einer Fachgesellschaft die Organisation kleinerer und größerer Kongresse. Dazu bedarf es allerdings eines hinreichenden Mitgliederstamms, der das Ganze trägt und einer Organisation, sprich einer leistungsfähigen Geschäftsstelle. Letzteres ist mit nicht unerheblichen Kosten verbunden.

Einer der Autoren, Prof. Uwe Henrik Peters, hatte 1995 resümiert, dass die

„kritische Masse“ der Mitgliederzahl, oberhalb derer mehr als nur die allerdringendsten Aufgaben der Mitgliederverwaltung erfüllt werden könnten, bei 2.000 – besser 3.000 – Mitgliedern liegt. Dann nämlich wird die Finanzkraft ausreichend, um Größeres zu wagen. Ein größerer Kongress führt wahrscheinlicher zu mehr Mitgliedern, wodurch sich die Gesellschaft wiederum einen anspruchsvolleren Kongress leisten kann. Die Satzung der Gesellschaft muss so gestaltet sein, dass sie solche Aktivitäten erlaubt.

Neubeginn

Keine der oben genannten Voraussetzungen war jedoch 1990 gegeben, als wir die ersten Überlegungen für den 1992 fälligen Kongress anstellten. Andererseits stand 1992 das 150-jährige Jubiläum der Gesellschaft bevor. Die vorangegangenen Jubiläen der Nervenärztesgesellschaft (der Name wurde mehrfach geändert) waren nicht gefeiert worden. Das 50-jährige Jubiläum 1894 war unbeachtet und offenbar unbemerkt vorübergegangen. Eine Literaturrecherche konnte dazu nichts auffinden. Das 100-jährige Jubiläum 1944 konnte wegen des Zweiten Weltkrieges nicht gefeiert werden. Dabei ist die sich heute DGPPN nennende Gesellschaft die älteste psychiatrische Gesellschaft überhaupt. Lediglich das englische „Royal College of Psychiatrists“ versucht ihr diesen Rang abzulaufen, denn es behauptet, bereits ein Jahr früher, 1841, gegründet worden zu sein. Bei dieser Gründung handelte es sich jedoch nur um den Zusammenschluss von sechs Krankenhauschefs, die einen Verein mit dem umständlich-großspurigen Namen „Association of Medical Officers of Asylums and Hospitals for the Insane“ ins Leben riefen. Wäre das in Deutschland so geschehen, würde man darin eine typisch deutsche Vereinsmeierei sehen und nichts weiter. Nicht viel anders war es mit der heute so stolzen „American Psychiatric Association“, die 1844 als ihr Gründungsjahr bezeichnet. In Wahrheit handelte es sich dabei nur um eine Vereinsgründung nach englischem Vorbild mit 13 Anstaltschefs (Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane). Im Vereinigten Königreich und den Vereinigten Staaten trafen sich somit ledig-

lich Direktoren zum Austausch von praktischen Erfahrungen. In Deutschland dagegen hatte die Gesellschaft von Deutschlands Irrenärzten bereits im Gründungsjahr etwa 80 Mitglieder und besaß außerdem als einzige eine eigene wissenschaftliche Zeitschrift. Auch war im Gründungsjahr der Gesellschaft in Deutschland bereits eine akademische Psychiatrie mit Lehrstühlen an den Universitäten Würzburg, Leipzig und Berlin mit Studentenunterricht vorhanden. In England und den USA lag das noch in sehr ferner Zukunft. In England wurde erst 1936 der erste Lehrstuhl besetzt. Von den Irrenärzten unterschied man zahlreiche Psychiater, worauf hier aber nicht weiter eingegangen wird. Angesichts solcher historischen Voraussetzungen bestand die Herausforderung darin, 1992 einen der Bedeutung entsprechenden Kongress zu gestalten.

Kongress fast aus dem Nichts

Der würdigen Gestaltung eines Jubiläumskongresses standen jedoch Hindernisse im Wege: Dazu zählte sowohl die Satzung der Gesellschaft als auch der Mangel an Geld. Die Mitgliederzahl stagnierte seit Jahren bei etwa 1.300 Mitgliedern. Somit war es auch nicht möglich, einen Kongressveranstalter mit der Aufgabe der Organisation zu beauftragen. Daher begannen wir im Herbst 1991 mit einer gezielten und intensiven Mitgliederwerbung. Diese führte der Gesellschaft bis 1992 200 neue Mitglieder zu. Das war erfreulich, aber noch immer nicht ausreichend.

Die Satzung sah für die Geschäftsführung außer dem Präsidenten zu seiner Unterstützung lediglich den ersten Sekretär und den Kassensführer vor. Die weiteren Mitglieder des Vorstandes hatten satzungsgemäß die Interessen ihrer Gruppen wahrzunehmen (Lehrstuhlinhaber, Krankenhausärzte, niedergelassene Nervenärzte) und taten dies auch.

Nazizeit und Krieg hatten der Entwicklung der deutschen Psychiatrie schweren Schaden zugefügt. Es gab 1945 nur noch wenige anerkannte Psychiater, die als Brücke die Vergangenheit mit der Nachkriegsgegenwart verbinden konnten. Nur kleinere Versammlungen fanden statt. Der jährliche Tagungsrhythmus ging allerdings erst 1956 verloren, wenn

auch die Kongresse (1956, 1958, 1960, 1962, 1964) zunächst noch am gleichen Ort, in Bad Nauheim, stattfanden. Diese Ortsgebundenheit wurde jedoch 1966 ebenfalls aufgegeben. Durch diese unglücklichen Entscheidungen verloren viele Interessenten den Termin aus dem Auge. Eine Folge davon war, dass die tatsächlich stattfindenden Kongresse mäßig bis sehr schwach besucht waren. Stattdessen hatte die in jährlichem Rhythmus zu einer festen Zeit (Wochenende nach Pfingsten) an einem festen Ort (Baden-Baden) stattfindende Wanderversammlung Süd- und Südwestdeutscher Psychiater und Neurologen die Bedeutung eines Hauptkongresses mit sehr zahlreicher Beteiligung erhalten. Trotz sehr lockerer Organisation erhielt jeder nächste Vorsitzende von seinem Vorgänger eine gut gefüllte Kasse zur Vorfinanzierung und sah es als Ehrensache an, seinen Nachfolger ebenso zu begütern. Die Südwestdeutschen hatten, ganz informell, der DGPPN den Rang abgelaufen. 1990 bestand die zweite Herausforderung somit auch darin, dem schwerfällig gewordenen Schiff unserer Gesellschaft durch Satzungsänderungen eine neue Richtung zu geben.

Aus dieser satzungsgemäßen und durch Gewohnheit entstandenen Sackgasse schien es zunächst keinen Ausweg zu geben. Der damalige Kassensführer erklärte, er könne unter Beachtung der Satzung keinerlei Beitrag oder Risikoübernahme durch die DGPPN verantworten. Die nächste Gelegenheit für eine Satzungsänderung bestand erst für den Zeitpunkt des Kongresses 1992 selbst, also viel zu spät. Um die historische Chance nicht zu verspielen, mussten wir uns entschließen, das volle finanzielle Risiko persönlich zu übernehmen. Im übrigen mussten wir uns darauf verlassen, dass es vielleicht gelingen könnte, durch den Jubiläumsanlass schlafende Kräfte zu wecken. Erfreuliche Hilfe erhielten wir von der Universität zu Köln, die uns die entsprechende Räumlichkeiten zum Selbstkostenpreis zur Verfügung stellte.

Neue Strukturen

Auf Grund des bevorstehenden Jubiläums erhielt der Kongress neue Strukturvorgaben. Interessenten wurden nicht mehr aufgefordert, zu einem einheit-

lichen Kongressthema Einzelvorträge anzumelden. Vielmehr wurden alle Nervenärzte aufgefordert, von sich aus Symposien, Workshops und Poster über alle Bereiche der theoretischen, wissenschaftlichen und praktischen Psychiatrie zu organisieren und anzumelden. Themen und Gestaltungsfreiheit, meinten wir, werde vieles bringen, was man nicht planen könne. Wir gingen ferner davon aus, dass jemand auf seinem besonderen Gebiet viel besser die neuesten Ergebnisse und die fähigsten Personen kennt als das beste Komitee. Nur bestimmte Rahmenzeiten mussten eingehalten werden, damit genügend Zeit für Begegnungen und Gespräche in der Ausstellungshalle und auf den Korridoren bleiben würde. Darüber hinaus war es möglich, Einzelvorträge anzumelden, die dann von den Organisatoren zu Symposien zusammengestellt werden sollten.

Die neue Organisationsform fand ein überaus starkes Echo. Es wurden 79 selbst organisierte Symposien angemeldet. Darüber hinaus gab es 22 Symposien freier Vorträge und 15 Workshops, teils über mehrere Tage. Insgesamt kamen 1.100 Referenten und Vorsitzende zu Worte. Außerdem gab es noch Plenarvorträge. Am Rande des Kongresses informierten 22 Donatoren und 32 Aussteller über ihre Angelegenheiten. Ferner waren erstmals Betroffenen-, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen eingeladen worden, mit den Nervenärzten zu diskutieren und für ihre Angelegenheiten zu werben. Insgesamt 16 solcher Gruppen haben von dem Angebot Gebrauch gemacht.

Nicht nur die Zahlen sollen beeindrucken. Vielmehr entstand auf diese Weise zum ersten Mal so etwas wie eine breite Gesamtübersicht über die Psychiatrie der Zeit. Die meisten der gehaltenen Vorträge wurden in überarbeiteter Form in zwei Bänden Kongressbericht veröffentlicht. Es ist bis heute der einzige neuere Kongress geblieben, dessen Vorträge zusammen veröffentlicht wurden.

Der Ablauf des fünftägigen Kongresses wurde so gestaltet, dass die beiden ersten Kongresstage schwerpunktmäßig der nervenärztlichen Praxis, also praxisrelevanten Themen gewidmet waren. Der dritte Tag gehörte psychiatrischen Institutionen. Die beiden letzten Tage blieben dem wissenschaftlichen Austausch vorbe-

halten. Damit wurde sowohl den praktischen wie auch den wissenschaftlichen Bedürfnissen Rechnung getragen.

Der Mitgliederversammlung, die am Tage der Eröffnungsveranstaltung stattfand, wurde der Vorschlag gemacht, einer Satzungsänderung zuzustimmen, die für die Weiterentwicklung der Gesellschaft und zukünftige Kongresse bessere Voraussetzungen vorsah. Wahrscheinlich waren das aber zu viele Veränderungen auf einmal, denn die neue Satzung fand keine Mehrheit. Der neue Vorstand musste daher unter den gleichen Bedingungen antreten wie der vorangegangene, war aber bereit, im gleichen Sinne fortzufahren. Immerhin war es durch den Jubiläumskongress selbst und die Aufmerksamkeit, die er gefunden hatte, gelungen, die Mitgliederzahl um etwa 200 zu erhöhen. Der nachfolgende Kongress 1994 in Darmstadt behielt die Struktur des vorangegangenen bei. Zu einer zweckmäßigen Satzungsänderung kam es aber auch hier nicht. Dennoch stieg die Mitgliederzahl nochmals und überschritt schließlich 1995 die magische Grenze von 2.000 Mitgliedern. Auch beim Düsseldorfer Kongress 1996 blieb noch alles beim alten, obwohl wieder weitere Mitglieder hinzukamen. Erst 1997 erhielt die Gesellschaft eine neue Satzung, die viele der 1992 gemachten Vorschläge aufnahm und auch 2007 noch weitestgehend gültig ist. Auch waren die Ressourcen so weit gediehen, dass die Gesellschaft eine eigene Webseite bekommen konnte.

Seit 2001 finden die DGPPN-Kongresse nun jährlich in Berlin statt. Damit war endlich eine sich selbst tragende Entwicklung in Gang gesetzt worden. Die Mitgliederzahl stieg kontinuierlich. 2006 waren es 3.509 Mitglieder, von denen allein 650 in den beiden vorangegangenen Jahren hinzugewonnen werden konnten. Der Berliner Kongress 2006 behielt wie seine Vorgänger die meisten Teile der 1992 erstmals angewendeten Struktur bei. Waren es 2005 noch über 4.500 Anmeldungen, wurde 2006 die Zahl von 6.000 überschritten. Die markantesten Zahlen haben wir eingangs bereits erwähnt.

Ein Kongress mit Zukunft

So berechtigt der Stolz auf das Erreichte ist, so bleibt für die Zukunft doch noch mehr zu tun. Hinsichtlich der Mitglie-

derzahl hat die DGPPN auch jetzt noch nicht mit vergleichbaren anderen Gesellschaften gleichgezogen. Schon vor einem Jahrzehnt hatten das „Royal College of Psychiatrists“ und die „Società Italiana di Psichiatria“ jeweils etwa 7.000 Mitglieder. Auch die japanische Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie kam schon auf 6.000 Mitglieder. Grundsätzliche Erfahrungen zur Entwicklung psychiatrischer Gesellschaften erlauben die Schlussfolgerung, dass sich am Ende etwa zwei Drittel der Psychiater für eine solche Gesellschaft gewinnen lassen. Das wären für Deutschland mindestens 10.000 Mitglieder. Es kommt aber anderes hinzu.

Wenn ein Jahreskongress der American Psychiatric Association 12.000 oder 15.000 Teilnehmer zählt, dann ist das doch noch nicht einmal die Hälfte der Mitglieder (APA: 36.000), nicht eingerechnet die zahllosen psychiatrischen Pilger aus der ganzen Welt, um dem american way of psychiatry zu huldigen. Die englische Sprache als Welthilfssprache tut das ihrige dazu. Deutschland hätte von seiner Sprache, geografischen Lage und psychiatrischen Kultur her eine eigentlich über die eigenen Grenzen hinausreichende Bedeutung. Daraus aber erwachsen Verantwortungen, die bisher noch nicht wahrgenommen oder gar anerkannt worden sind. Das hängt noch immer mit der notwendigen Nachkriegsbescheidenheit der Bundesdeutschen zusammen.

Deutsch ist unbestritten eine Welt-sprache. Es gibt über 141 Millionen Sprecher, davon 120 Millionen Muttersprachler und 21 Millionen Menschen, die Deutsch als Fremdsprache beherrschen. Deutschland ist neben Frankreich das einzige Land Europas dessen Sprachgrenzen weit über die Landesgrenzen hinausreichen. Deutsch ist Amtssprache in sieben europäischen Ländern. Darüber hinaus gibt es größere und kleinere geschlossene Sprachgebiete deutscher Sprache in 23 weiteren Ländern. Deutschland ist im Unterschied zu allen größeren europäischen Ländern in der glücklichen Lage, innerhalb seiner Grenzen keine Sprachkonflikte zu kennen. Damit ist Deutschland ebenso das natürliche Zentrum für die deutsche Sprache wie Madrid für Spanisch und London – selbst für

die Amerikaner – für Englisch. Auf Grund unserer historischen Entwicklung ist allerdings nicht Berlin das Zentrum unserer Sprache. Wenn überhaupt einer einzelnen Stadt, dann müsste man Wien diese Funktion zuerkennen, denn die Sprache des Burgtheaters ist bestimmend für die richtige Aussprache des Deutschen. Diese besonderen Umstände führen wir auf, weil es in allen aufgezeigten größeren und kleineren Sprachzonen deutsche Psychiater gibt, die den Kontakt nicht nur mit dem Mutterland der Sprache, sondern auch mit der traditionsreichen deutschen Psychiatrie brauchen. Dies berührt einen weiteren empfindsamen Punkt. In zahlreichen Ländern der Welt steht die deutsche Psychiatrie in hohen Ehren, weil sie als die klassische Psychiatrie schlechthin gilt, durchaus nicht unähnlich der klassischen deutschen Musik. Nur in Deutschland selbst gilt sie als überholt, veraltet und nicht mehr der Beachtung wert. Auch der Kenntnisstand ist entsprechend stark zurückgegangen. Die deutschen Psychiater werden sich daher auf die Dauer nicht mehr damit begnügen können, ein mehr oder weniger geglücktes Imitat der amerikanischen Psychiatrie als Grundlage der Gegenwartspsychiatrie zu benutzen. Vielmehr sollte auch in unserem eigenen Lande umgehend der Anschluss an die eigentliche deutsche Psychiatrie wiedergefunden werden. Damit und wohl erst dann könnte der DGPPN-Kongress eine wirklich zentrale und attraktive Bedeutung für alle erlangen, die der deutschen Sprache mächtig sind. □

AUTOREN

Prof. Dr. med. Dr. h. c.

Uwe Henrik Peters

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Universität zu Köln

E-Mail: u.h.peters@uni-koeln.de



Dr. med. Dipl.-Phys.

Michael Schifferdecker

Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Suchtkrankheiten

Theodor-Fließner-Stiftung, Ratingen

E-Mail: michael.schifferdecker@

krankenhaus.fließner.de



ANALYSE UND AUSWEG

Der Niedergang der ambulanten Psychiatrie

Nachfolgend der dritte Teil eines längeren Beitrags zur finanziellen Situation der ambulanten Psychiatrie. Die ersten beiden Teile erschienen 2007 in Ausgabe 3 und 4 des NEUROTRANSMITTERS. Zunächst geht es um einige sprachliche Klärungen. Daran schließt sich eine Analyse der gegenwärtigen Lage an. Zum Abschluss werden mögliche Auswege aus der schwierigen Situation beschrieben.

UWE BANNERT

Unklare Sprache – schwierige Verhandlungen

Wir müssen einer weit verbreiteten sprachlichen Verwischung der Begriffe entgegentreten. Die Öffentlichkeit, Politik und Patienten unterscheiden in der Regel nicht zwischen psychischen Störungen und psychiatrischen Krankheiten, zwischen Richtlinienpsychotherapie, psychotherapeutischen Gesprächen und psychiatrischer Behandlung. Die Krankenkassen verstehen die Unterschiede zwar durchaus, sie ziehen entsprechende Handlungskonsequenzen aber nur dann, wenn sie es wollen.

„Psychische Störungen“

Natürlich kann man mit dem Oberbegriff „psychische Störungen“ all die Krankheiten beschreiben, denen eine behandlungsbedürftige seelische Störung zugrunde liegt. Allerdings hat diese sprachliche Nivellierung erhebliche Nachteile, insbesondere für die schwerer psychisch Kranken selbst. Denn wofür es keine begriffliche Unterscheidung gibt, darüber lässt sich auch nicht verhandeln. Und so gibt es für Politik und Krankenkassen keinen Grund, entgegen aller Einspartendenzen eine zeitgemäße Versorgung für eine begrifflich nicht erfasste aber stark gesundheitlich wie sozial gefährdete Patientengruppe zu sichern. Man denke bloß an die zunehmende Selbstbeteiligung, fehlende Fahrkostenerstattung, Vorenthaltung des medikamentösen Fortschrittes und leidige Off-Label-Use-Diskussion. All dies ist die

Folge davon, dass den politisch und finanziell Verantwortlichen das Verständnis für die Probleme chronisch kranker psychiatrischer Patienten fehlt.

„Richtlinienpsychotherapie“

Viele Psychische Störungen können tatsächlich mit Richtlinienpsychotherapie gut behandelt werden. Dies können auch Psychiater, wenn in Teilaspekten auch nicht so spezialisiert oder so routiniert wie reine Psychotherapeuten. Ein daran interessierter Teil der Psychiater kann sich schwerpunktmäßig auf dieses notwendige und finanziell kalkulierbar ausgestattete Tätigkeitsfeld zurückziehen.

Auch schwerer kranke psychiatrische Patienten könnten von den Behandlungsgesprächen psychotherapeutisch geschulter Psychiater profitieren, – wenn sie denn stattfinden könnten. Doch ist dies eben nicht Richtlinienpsychotherapie und als alleinige Behandlungsmaßnahme meist auch nicht ausreichend. Ebenso wie Medikamentenbehandlungen ohne begleitende, erläuternde, motivierende, stützende und verstehende Gespräche auf Dauer nicht besonders hilfreich sind.

„Chronische psychiatrische Krankheiten“

Chronische psychiatrische Krankheiten sind strukturell etwas gänzlich anderes als bloße psychische Störungen, sie kann nur ein Psychiater behandeln. Diesen Punkt haben wir zuletzt nicht selbstbewusst genug klargestellt. Vielleicht auch aus sprachlicher Rücksicht auf die Emp-

**Zeit, den Schalter umzulegen.
Die Bedingungen für niedergelassene
Psychiater müssen sich ändern.**



© Photocase.de

findlichkeiten unserer Patienten, die nicht gerne psychiatrisch krank sondern lieber „nur“ psychisch gestört sein möchten. Diese sprachliche Unterscheidung wäre den Psychiatern auch nicht weiter wichtig, wird sie doch auch in den internationalen Diagnosesystemen aus eben dieser „political correctness“ gänzlich aufgegeben. Festzustellen ist jedoch, dass wir uns als Ärzte für Kranke und ihr Leiden und nicht für bloße „Gesundheitsstörungen“ zuständig fühlen. Nur deshalb sind wir auch keine Dienstleister, sondern Angehörige eines freien Berufes, der besondere und besonders wertvolle Dienste für die Gesellschaft leistet.

„Die Schwächsten gehen leer aus“

Mit dieser fehlenden begrifflichen Unterscheidung sind jedoch zunehmend auch die fehlenden Mittel für die Behandlungen psychiatrischer Krankheiten verknüpft. Werden doch für psychische Störungen allgemein und ihre Psychotherapie nach öffentlicher Meinung inzwischen genug Gelder, jedenfalls ein Vielfaches mehr als früher, ausgegeben. Die am schwersten psychisch gestörten Patienten, die chronisch psychiatrisch Kranken, drohen dabei als schwierigste Klientel leer auszugehen. Wenn man den Psychiatern keine ausreichenden Mittel für Gesprächszeiten und Medikamente für diese Patientengruppe zumisst, so leiden die chronisch psychiatrischen Patienten als erste an der fehlenden ambulanten Versorgungsstruk-

tur. Gemildert wird dies nur dort, wo diese Patienten in teilstationäre oder komplementäre Angebote des stationären Sektors eingebunden sind.

„Psychotherapie“

Der sprachliche Alleinvertretungsanspruch der psychologischen Psychotherapeuten für alle psychischen Störungen erschwert zusätzlich die Orientierung für Hilfesuchende und schadet deshalb der Patientensicherheit und Patienteninformation. Er gaukelt Versorgung vor, wo in Wirklichkeit etwas ganz anderes angeboten wird als Psychiatrie. In Zukunft wird man sich Gedanken machen müssen über Überlappungen und Kooperationsmöglichkeiten. Hier gilt es auch berufspolitische Vorbehalte zu überwinden. In der Regel klappt die ganz konkrete Zusammenarbeit vor Ort sehr zufriedenstellend.

Zusammenfassende Analyse

Fassen wir die gegenwärtige finanzielle Lage unter Berücksichtigung aller vorgelegten Entwicklungen (auch aus den Ausgaben 3 und 4 des Neurotransmitter 2007) zusammen:

Geringer Lohn für Gespräche

Die junge Gruppe der niedergelassenen Psychiater wird 1991 von der Deckungsmedizin erwischt, noch bevor sie sich zu einem stabilen Durchschnitt aller Fachgruppen entwickeln konnte. Sie wird außerdem von wirtschaftlichen und innerärztlichen Benachteiligungen

behindert, denen Gesprächsleistungen immer schon unterworfen waren.

Keine IgeL-Möglichkeit

Anfangs werden die Probleme maskiert durch die Existenz gemeinsamer Fachgruppentöpfe mit den überwiegend psychotherapeutisch orientierten Psychiatern unter den Bedingungen der Praxisbudgets nach 1996. Doch schon damals können Psychiater nicht wie andere Fachgruppen, beispielsweise Neurologen, mit Angeboten zur verbesserten Diagnostik die Fallzahlen steigern, vermehrt privatärztlich ausgerichtete Angebote machen oder gar IgeL anbieten.

Integration der Psychologen

Geschwächt durch diese ungünstige Startlage muss die Fachgruppe der Psychiater Ende der 90er Jahre die besonderen Probleme des rasanten medikamentösen Fortschritts und der steigender Nachfrage bewältigen. Außerdem muss sie die Integration zweier neuer und unmittelbar benachbarter Fachgruppen in die ambulante Versorgung mit ihren Wachstums- und Abgrenzungsbedürfnissen verkraften – die der psychotherapeutischen Mediziner und die der psychologischen Psychotherapeuten. Unter sich verschärfenden ökonomischen Engpässen tragen die niedergelassenen Psychiater als Fachgruppe 1999 einen Hauptteil der finanziellen Integrationsleistung für die psychologischen Psychotherapeuten mit. Die alle Arztgruppen betreffenden gesundheitspolitischen Themen überstrahlen jedoch alle scheinbar kleinen Probleme kleiner Fachgruppen. So bleibt die noch leise Stimme des sich gerade erst formierenden psychiatrischen Berufsverbandes zunächst ungehört.

Hausarzt-Facharzt-Trennung

Die derart geschwächte Fachgruppe der niedergelassenen Psychiater sieht sich nach dem Jahr 2000 mit dem Problemen aller Fachärzte konfrontiert: der Hausarzt-Facharzt-Trennung. Dabei wächst die Nachfrage nach niedergelassenen Psychiatern und der Arbeitsdruck steigt. Im Gegensatz zu den anderen Fachgruppen stehen den niedergelassenen Psychiatern allerdings keine Ausweichstrategien zur Verfügung – wie Prävention, IgeL, Privatpatienten und delegierbare Technik.

Kaum Zugeständnisse durch die KVen

2003 löst sich die ehrenamtliche KV-Welt auf. Zwangsweise entstehen hauptamtlich geleitete KVen. Innerhalb dieser Selbstverwaltungsstrukturen gelingen den Psychiatern lediglich in südlichen KV-Regionen einige Verbesserungen auf dem innerärztlichen Verhandlungsweg. Dort fallen den KVen Zugeständnisse etwas leichter, weil sie schon seit Seehofers Zeiten über wenigstens 10% höhere Kassenpauschalen verfügen als der Rest der Bundesländer. Auch Krankenkassen können etwas großzügiger verhandeln, haben sie dort doch weniger Arbeitslose mitzuversichern.

Arbeiten für die Hälfte

Trotzdem arbeiten die mit mittlerweile bis zu 50% Unterdeckung Not leidenden Psychiater weiter. Gründe sind das Elend der chronischen Psychiatriepatienten, die sich meist ebenfalls in zunehmender finanzieller Not befinden sowie die neuen methodischen und psychopharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten dieser schweren psychiatrischen Krankheiten. Die Psychiater verbleiben auch dann in der unwirtschaftlichen Praxis, wenn eine vergleichsweise konfliktärmere und kalkulierbarere Psychotherapiepraxis mit gänzlich anders Kranken und strukturell weniger geschädigten Patienten in Betracht käme.

Ausharren in der Verantwortung

Dieses Ausharren in unserer psychiatrischen Versorgungsverantwortlichkeit können wir uns zur Ehre anrechnen lassen. Gleichzeitig sollten wir auf jedes berufspolitische Mäkeln an der ambulanten Psychotherapie als vermeintliche Konkurrenz oder Ursache der Misere verzichten. Die Psychotherapie hat es mittlerweile tatsächlich leichter als die ambulante Psychiatrie, doch ist sie allenfalls mit 3–5% an den uns fehlenden 50% beteiligt. Immerhin ist Psychotherapie ein zentraler Bestandteil auch unseres Fachgebietes und ein für uns alle noch vorhandener individueller Notausgang.

Probleme auf Landesebene

Verzerrungen in den meisten lokalen Honorarverteilungsmaßstäben (HVM) der KVen lassen die positiven Ansätze des EBM 2000+ mit gewollten Umsatz-

steigerungen von rund 15–20% bei den Psychiatern nicht ankommen.

Der EBM 2000+ kalkuliert die Arbeit eines Psychiaters mit höherem zeitlichen Aufwand am einzelnen Patienten als den bei Nervenärzten, kann diese Punktmengen aber nicht in die lokal gewachsenen Mischstatistiken der lokalen HVM hineindrücken. Die Arbeit des inzwischen selbstbewusster auftretenden Psychiaterverbandes BVDP hat somit auf Bundesebene durchaus Früchte getragen.

Schlechte Fallwerte

Jetzt droht zusätzlich, dass den Psychiatern im neuen EBM 2008 ihre ungerechtfertigt schlechten Fallwerte als bundesweiter Durchschnitt vorgegeben werden. Diese schlechten Fallwerte sind Resultat all der aufgezählten Entwicklungen und zementieren die bereits erfolgten mehrfachen Entwertungen für die Zukunft.

Weil die Punktwerte für diese kleinen Leistungsmengen möglicherweise recht gut sein werden, maskieren sie die stattgefundenen Enteignung eines ganzen Fachgebietes. Wenn für das Erlittene dann keine Argumente und erinnerte Geschichte mehr zur Verfügung steht, gibt es nicht einmal die Chance einer wirksamen Gegenwehr.

Probleme verfestigen sich

Durch die aktuelle Kostenerhebung der KBV droht eine Verfestigung der Probleme, wenn der KBV nicht in den Verhandlungen mit den Krankenkassen kalkulatorische Elemente einer wünschenswerten psychiatrischen Versorgung in die Hand gegeben werden. Dies wird auf erheblichen Widerstand der Kassen stoßen – so sehr sie auch die Zunahme psychischer Störungen bei den stationären Behandlungskosten und den Anstieg der Arbeitsunfähigkeitszeiten immer wieder beklagen. Erste Ergebnisse der KBV-Erhebung bestätigen übrigens die erhebliche Unterfinanzierung gerade der niedergelassenen Psychiater. Es bleibt abzuwarten, ob die Kassen ihre vage Zusage, diese Ergebnisse bei den EBM-Verhandlungen schon für 2008 zu berücksichtigen, einhalten werden.

Konkurrenzsituation

Die politisch gewollte Abwicklung der ambulanten fachärztlichen Versorgung

in der Fläche ist gerade bei den Psychiatern schon sehr weitgehend vorbereitet. Die Krankenhäuser mit ihren Institutsambulanzen, ihren aufsuchenden Diensten, ihren Ermächtigungen bis hin zu quasi Vollzeitpraxen und nicht zuletzt ihren bislang unbegrenzten Medikamentenbudgets können all das bieten, was uns Niedergelassenen zum Schaden der Patienten verwehrt wird.

Und so zeichnet sich ab, dass der erlittene Niedergang der ambulanten Psychiatrie nicht bloß zufällig geschehen ist, sondern dass die gesundheitspolitischen Entwicklungen methodisch und systematisch auf eine Verschlechterung der ambulanten Versorgung durch freiberuflich fachärztliche Niedergelassene aus ist und wir Psychiater vielleicht die zuerst erledigte Zielgruppe sein werden.

Sprachliche Verharmlosung

Neben allen materiellen Problemen belasten zunehmend auch begriffliche Nivellierungen den politischen Diskurs und gefährden die Bereitstellung adäquater Mittel für den psychiatrischen Versorgungsbereich.

Psychische Störungen als unverbindlicher Oberbegriff lassen das Leid und die Not der unzureichend versorgten psychiatrisch Kranken vergleichsweise harmlos erscheinen. Die Unart der Verbände und Kammern der Psychologischen Psychotherapeuten, diesen ganzen Bereich als vorgeblich allein Zuständige darzustellen, trägt zur gefährlichen Verwirrung der Öffentlichkeit und der Patienten bei.

Ausblick

1. Achtung Etikettenschwindel

Gegenüber Entwicklungen und Plänen zu bloß mediengerechten lokalen und zeitlich beschränkten Projekten müssen wir skeptisch bleiben. Solange diese Projekte unter dem absurden und volkswirtschaftlich zweifelhaften Diktat der Kostenneutralität von den Fachärzten selbst gegenfinanziert werden müssen oder diese Modelle häufiger auch nur bloßer Etikettenschwindel mit Angeboten für vergleichsweise Gesunde sind, können sie den drohenden Niedergang der ambulanten Psychiatrie nicht aufhalten, allenfalls individuell oder lokal verzögern.

2. Finanzieller Nachholbedarf

Bessere Versorgung erfordert wie überall deutlich mehr Geld. In unserem Fachgebiet besteht jetzt ein besonders großer Nachholbedarf. Weder das Niveau der letzten Jahre und noch weniger das der Gegenwart entspricht dem, was unsere Fachgruppe heute leisten kann. Wenn wir Psychiater uns der Nachfrage und dem Fortschritt entsprechend entfalten dürfen, haben wir mit der von uns gelebten persönlichen Arzt-Patienten-Beziehung und der wohnortnahen Präsenz uneinholbare Vorteile. Man male sich nur einmal die positiven Möglichkeiten einer Sozialpsychiatrievereinbarung aus wie sie bei den Kinder- und -Jugend-Psychiatern Realität ist. Würde diese Idee in einem noch übersichtlichen „neurologisch-psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutisch-rehabilitativ“ Zentrum in eigener Regie umgesetzt, dann könnte der erlernte Beruf endlich wieder Spaß bringen! Wir könnten endlich wieder Versorgung für die Schwerstkranken leisten, ohne diese länger aus eigenen Mitteln subventionieren zu müssen.

3. Kreative Praxisorganisation

Die Chancen, die in einer politisch initiierten Chaotisierung des Gesundheitswesens liegen, müssen wir Psychiater deshalb unbedingt nutzen. Folgende Möglichkeiten wären denkbar: die Einstellung von Praxisassistenten auf Honorarbasis, die Eröffnung einer Zweigpraxis in einer anderen fachfremden Praxis als überörtliche Praxisgemeinschaft an einem unterversorgten Ort für beispielsweise einen Tag in der Woche, Teilanstellung auf Honorarbasis bis hinunter zu einer Drittel-Stelle in Beratungsstellen, psychiatrischen Tageskliniken oder Institutsambulanzen, gemeinsame Medizinische Versorgungszentren mit psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhäusern. Der Verkauf einer halben Zulassung im Tausch mit einer halben Anstellung auf Honorarbasis in einer stationären oder ambulant nicht gedeckelten Einrichtung (PIA) kann die Lösung sein, falls die bislang im Detail noch ungeklärten Umsetzungen der neuen gesetzlichen Regelungen dies zulassen. Ein solcher Tausch ermöglicht dem Krankenhaus die Expansion in die Peripherie und rettet dem Niedergelassenen seine Existenz, indem

er die halben Praxiskosten los ist, eine gesicherte Einnahme hat und außerdem vom niedrigen halben Niveau aus ein prozentual dynamischeres Wachstum in die regional unterschiedlichen Zuwachsregeln einfließen lässt. Wenn er dann noch ungedeckt Psychotherapie zusätzlich abrechnen kann, wäre sowohl die psychiatrische Versorgung am Ort erheblich gebessert als auch die eigene materielle Lage wieder abgesichert. Und die so umgesetzte politisch gewollte Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung wäre für alle Beteiligten eine Win-Win-Situation.

4. Optionen offen halten

Natürlich sind dies allenfalls lokale und temporäre Mandelbäumchen im Sinne der Chaostheorie, ohne dauerhafte Sicherheit und Berechenbarkeit. Doch gerade in der Kunst des polypragmatischen Offenhaltens vieler Optionen ohne endgültige Weichenstellung dürften Psychiater aufgrund ihrer beruflichen Sozialisation besonders geübt sein. Berufsgruppen-übergreifendes Arbeiten unter Einsatz unterschiedlicher Behandlungsweisen in unterschiedlicher Umgebung und in unterschiedlichen Settings gehören zu den Stationen unseres Werdeganges. Da kommt uns zugute, dass wir selbst schon unsere vollständige Ausrüstung sind und noch nicht einmal an einen konstanten oder besonders störungsfreien therapeutischen Raum gebunden sind.

5. Neue Ziffern

Die neuen Sozialpsychiatrieziffern im EBM 2000+ für definierte Diagnosegruppen sind ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung zur zeitgemäßen und besseren Versorgung der schwerer und chronisch, also im eigentlichen Sinne psychiatrisch erkrankten Patienten. Unmittelbare Forderung an KBV, Politik und Krankenkassen, sozusagen als Nothilfeplan für diese Patienten, ist die Vergütung dieser Ziffern außerhalb aller Budgets als echte Versorgungspauschalen. Neben diesen schon vorhandenen Fallgruppen ist auch eine deutlich höher zu vergütende Pauschale für Ersterkrankungen oder Rezidive nach längerer Symptomfreiheit von beispielsweise einem Jahr (entspricht neuem Krankheitsfall im EBM) vorzusehen.

Gerade neu Erkrankte haben es heute schwer, eine fachgerechte Weiterbehandlung nach ihrem ersten Krankenhausaufenthalt zu finden. Mit diesen beiden Maßnahmen, Ausbudgetierung der Chroniker und Zuschlag bei Ersterkrankung, wäre ein wichtiger Schritt zur Versorgung unserer wichtigsten Patientengruppen getan. Dies wäre auch eine sinnvolle Abgrenzung zu allen anderen eben auch psychotherapeutisch oder psychosomatisch behandelbaren Störungen beziehungsweise Krankheiten.

6. Allianzen schließen

Eines dürfen wir aber auf keinen Fall: paralysiert erstarren und in alter Manier einfach weitermachen wie bisher. Als Einzelne in einer Einzelpraxis können wir den politischen Einschlägen nicht flexibel ausweichen. Im zukünftigen Chaos ungerichteter Vielfalt können wir weniger reagieren, als es der Politik in ihrem dogmatischen Denken vorstellbar erscheint. Voraussetzung ist, dass wir Allianzen schließen, die mehr unser Fachgebiet als Ganzes und weniger das Versorgungssegment umfassen. Als Manager unserer Möglichkeiten und in der Verantwortung unseren Patienten gegenüber bleiben wir freiberuflich im alten ehrenden Sinne. Im partiellen Angestelltenverhältnis entlasten wir uns von unternehmerischen Risiken und bürokratischen Lasten. Unser Werkzeug haben wir immer bei uns, Räumlichkeiten und Patienten gibt es überall, und Psychiater sind ein immer knapper werdendes Gut. □

AUTOR

Dr. med. Uwe Bannert, Bad Segeberg
 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Mitglied des Bundesvorstands des BVDP, Mitglied des Landesvorstands des BVP-SH, Stellvertretender Vorsitzender der Abgeordneten-Versammlung der KV-SH
 E-Mail: uwe.bannert@t-online.de



GEBÜHRENRDUNG FÜR ÄRZTE**Gesundheitspolitik mitgestalten**

Nicht nur der EBM wird derzeit mit Hochdruck neu gestaltet, auch die GOÄ wird gerade erneuert. Zum Zeitpunkt der Drucklegung hat der BVDP bereits seit über einem Jahr regelmäßig an den Vorbereitungssitzungen der Bundesärztekammer, unter Leitung von Renate Hess, teilgenommen. Einen Teil der Stellungnahmen finden Sie hier abgedruckt.

CHRISTA ROTH-SACKENHEIM

GOÄ ohne Fachgruppenbezug

Zunächst muss man sich die Unterschiede zwischen der GOÄ und dem EBM deutlich machen. Einer der wesentlichsten Unterschiede ist der, dass die GOÄ keinen Fachgruppenbezug kennt. Das heißt, derjenige kann die Leistung erbringen, der die Qualifikation dazu hat. Das bedeutet zum Beispiel, dass auch ein Hausarzt, Orthopäde oder Gynäkologe neurologische und psychiatrische Diagnose- und Therapiezyffern abrechnen kann. Insbesondere kann

auch ein Psychiater neurologische Leistungen und ein Neurologe psychiatrische Leistungen erbringen, da die Qualifikation hierzu im jeweils komplementären Weiterbildungsjahr zweifelsfrei erworben wird. Das erklärt auch, warum es keine eigenständigen Fachkapitel für Neurologie und Psychiatrie/ Psychotherapie geben wird, und dass Kapitel G nun vielmehr heißen wird: Neurologie einschließlich Neuropädiatrie; Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatische Medizin,

Psychotherapie (GOÄ). Bezüglich der psychologischen Psychotherapeuten scheint es derzeit so, dass die Gebührenordnung für Psychotherapie (GOP) erhalten bleiben wird, es also einen eigenen „Extrakt“ der Richtlinienpsychotherapiezyffern sowie einiger Diagnostikzyffern aus der GOÄ für Psychologen geben wird.

Forderungen für unsere Fachgruppe

1. Psychiatrische Diagnostik: Unterteilung in orientierende, syndrom-



**In die Gebührenordnung soll Bewegung kommen.
Der BVDP fordert neue Ziffern – etwa für die Psychoedukation.**

© photocase

bezogene und vollständige Untersuchung.

2. Einführung einer psychiatrischen biografischen Anamnese.
3. Einführung einer psychiatrischen Fremdanamnese zusätzlich zur Ziffer 4 im Allgemeinen Teil.
4. Einführung von 10-, 20- und 40-Minuten-Gesprächsziffern.
5. Einführung einer Koordinationsziffer bei der Behandlung chronisch Kranker analog der Betreuungsziffer im EBM zusätzlich zur Ziffer 15 im Allgemeinen Teil.
6. Zeittaktung der Kriseninterventionsziffer auf 20 Minuten mit der Möglichkeit der Mehrfachabrechnung.
7. Einführung einer Ziffer für Schlafentzugs- und für Lichttherapie.
8. Einführung von GOPs für Soziotherapie, Neuropsychologie, Paartherapie, Familientherapie, EMDR.
9. Einführung einer Psychoedukationsziffer für Patienten und getrennt davon für Angehörige.
10. Einführung einer Ziffer für Kunst/Gestaltung/Tanz/Musiktherapie im Rahmen eines (stationären) Gesamtkonzepts.

Man muss sehen, inwieweit es der Bundesärztekammer (BÄK) gelingt, diese Forderungen auch durchzusetzen. Im gegenwärtigen Entwurf der GOÄ, mit welchem die BÄK in die Verhandlungen geht, sind diese Forderungen ausnahmslos enthalten. Besonders hoch ist der Argumentationsbedarf bei der geforderten Koordinationsziffer 816. Die Argumentationslinie des Berufsverbands, mit der er die BÄK unterstützt hat, nachfolgend:

„Neurologen, Nervenärzte und Psychiater/Psychotherapeuten brauchen eine Ziffer, die den komplexen Koordinierungsbedarf bei Patienten, die an einer chronischen neurologischen und/oder psychiatrischen Erkrankung leiden, abbildet. Der EBM bildet in seiner Fassung vom 1.4.2005 diesen besonderen Leistungsbedarf mit den Ziffern 16230, 16231, 16232, 16233 und 21230, 21231, 21232, 21233 bereits ab. Die Ziffer 15 in Abschnitt B wird diesem Anforderungsprofil nicht gerecht und kann deshalb die Ziffer 816 a+b nicht ersetzen.

Bereits bei der Gegenüberstellung der jetzigen beiden Legendenformulierungen wird klar, dass hier unterschiedliche Ziele verfolgt werden. Die Ziffer 15 hebt nicht auf die Behandlung chronischer Erkrankungen ab. Ihr Ziel ist das „nahtlose Ineinandergreifen der Versorgung“. Im Gegensatz dazu soll die Ziffer 816 a+b eine Leistung abbilden, wie sie regelhaft bei schweren chronischen neurologischen und/oder psychiatrisch/psychotherapeutischen Erkrankungen aller Altersstufen erbracht werden muss. Hierzu ist ein phasen- beziehungsweise stadienspezifisches Behandlungsmanagement erforderlich, mit der langfristigen, das heißt mehrjährigen komplexen Koordination von Heil- und Hilfsmitteln (beispielsweise Logopädie, Krankengymnastik, Rollstuhl, Gehhilfen), Rehabilitationsmaßnahmen, präventiven Maßnahmen, dem Wechsel zwischen stationärem und ambulatem Versorgungsbereich, der verantwortlichen Veranlassung spezieller Behandlungsmaßnahmen in Schwerpunktbehandlungsstätten (z. B. bei der Epilepsie- oder MS-Behandlung). Des Weiteren ist die Koordination der Be-

handlung mit gesetzlichen Betreuern, Tagesstätten, Tageskliniken, Werkstätten für Behinderte, Gesundheitsamt, Ordnungsamt, psychiatrischer Krankenpflege, Soziotherapie etc. erforderlich.

Die bei chronisch neurologisch und/oder psychiatrisch erkrankten Menschen in der Regel vorliegenden tiefgreifenden krankheitsbedingten Wahrnehmungsstörungen erfordern eine differenzierte Art der ärztlichen Haltung und der ärztlichen Gesprächsführung bezüglich Aufklärung und Compliance-Förderung.

Der langfristigen Aufrechterhaltung der Arzt-Patient-Beziehung kommt eine besondere diagnostische und therapeutische Rolle zu. Diese Leistung geht weit über die Zielsetzung des Ineinandergreifens der Versorgung hinaus. Sie erfordert ein langfristiges gestuftes Behandlungskonzept und die verantwortliche meist lebenslange Behandlung eines schwer chronisch Erkrankten und seines sozialen Umfeldes. Zu diesen Erkrankungen zählen zum Beispiel

- __ demenzielle Erkrankungen,
- __ hirnorganische Wesensänderungen,
- __ Parkinson,
- __ Multiple Sklerose,
- __ Epilepsie,
- __ Muskelkrankheiten,
- __ andere Hirnerkrankungen mit schweren motorischen Störungen,
- __ Schizophrenien,
- __ rezidivierende Depressionen,
- __ bipolare Störungen,
- __ schwere Zwangserkrankungen,
- __ schwere Angsterkrankungen,
- __ schwere Persönlichkeitsstörungen,
- __ Anorexia und Bulimia nervosa,
- __ Suchterkrankungen,
- __ organische Störungen,
- __ Minderbegabungen.

Deshalb schlagen wir zur besseren Abgrenzbarkeit der beiden Gebührenpositionen folgende Ergänzung der Legendierung der Ziffer 816 a+b vor (siehe Kasten): □

Vorschlag Legende Ziffer 816a+b

a) komplexe Koordination der krankheitsstadienspezifischen Behandlung bei chronischen neurologischen oder chronischen neuropädiatrischen Erkrankungen – ggf. mit Erörterung einer Pharmakotherapie zur medikamentösen Ein- oder Umstellung, ggf. mit Einschaltung von Kontaktpersonen –, **ggf. einschl. Maßnahmen zur Rehabilitation/Reintegration, ggf. unter Einbeziehung komplementärer Behandlungsangebote, einmal im Behandlungsfall**

b) komplexe Koordination der krankheitsstadienspezifischen Behandlung bei chronischen psychiatrischen oder chronischen psychosomatisch-medizinischen Erkrankungen, ggf. mit Erörterung einer Pharmakotherapie zur medikamentösen Ein- oder Umstellung, ggf. mit Einschaltung von Kontaktpersonen, **ggf. einschl. Maßnahmen zur Rehabilitation/Reintegration, ggf. unter Einbeziehung komplementärer Behandlungsangebote, einmal im Behandlungsfall.**

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

Vorsitzende des BVDP

Praxis für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie in Andernach

E-Mail: c@dr-roth-sackenheim.de



STELLUNGNAHME DES BVDP ZUR NVV

Schluss mit der Benachteiligung

Mit der „Neuordnung der Vertragsärztlichen Vergütung“ (NVV) besteht die Chance, dass die Benachteiligung der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie aufgehoben wird. Der BVDP hat gegenüber der KBV zur NVV Stellung bezogen.

Die reinen Facharztpraxen für Psychiatrie und Psychotherapie haben ein anderes Leistungsspektrum als „klassische Nervenarztpraxen“ mit gemischter neurologisch-psychiatrischer Klientel. Erste haben niedrigere Fallzahlen, höhere Kontaktfrequenzen pro Fall und höhere Fallwerte.

Die komplexe Struktur der Leistungserbringung im Bereich Neurologie/Nervenheilkunde/Psychiatrie und Psychotherapie erfordert eine differenzierte Analyse hinsichtlich der „Neuordnung der Vertragsärztlichen Vergütung“ (NVV), um einzelne Subgruppen nicht unangemessen zu benachteiligen. Hierzu haben bereits mehrere Gespräche der Verbände BVDN, BDN und BVDP mit der KBV stattgefunden. Im Folgenden nimmt der BVDP zu sieben Punkten Stellung:

1. Grundpauschale

Die grundsätzliche Systematik, Ordinations- und Konsultationskomplex in die Grundpauschale zu integrieren, wird akzeptiert.

a. Wir halten hier die Häufigkeit des Konsultationskomplexes für zu niedrig angesetzt, da der Konsultationskomplex bei jedem APK anfällt. Wir wissen aus Gesprächen mit Kollegen und KVen, dass der Konsultationskomplex in unserer Fachgruppe häufig vergessen wird, da er im EBM 1996 in Form der Ziffer 2 nicht für unsere Fachgruppe abrechnungsfähig war und man von einer gewissen „Trägheit des Systems“ ausgehen muss.

Die einzelnen KVen der Länder behalten sich zudem in der sachlich-rechnerischen Korrektur unterschiedlich. Einige fügen von sich aus den Konsultationskomplex hinzu, sofern er vom Leistungserbringer vergessen wurde, andere nicht.



© Archiv

b. Daher muss hier von einem systematischen Fehler ausgegangen werden. Wir fordern deshalb, dass die Häufigkeit der Konsultationsziffer anhand der Kontaktfrequenz pro Behandlungsfall ermittelt wird.

c. Im EBM 2000 plus erfolgte gegenüber dem EBM 1996 eine Abwertung des Erstkontaktes in unserer Fachgruppe. Im EBM 1996 konnte neben der Ordinationsziffer 1 die in den meisten Fällen notwendige Erhebung des psychopathologischen Befundes nach Ziffer 820 zusätzlich abgerechnet werden. Wir fordern daher, diese Abwertung des psychiatrischen Erstkontaktes im EBM 2000 plus gegenüber dem EBM 1996 in der neuen Bewertung der Grundpauschale zu korrigieren.

2. Einzelleistungen

Gesprächsleistungen

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Gesprächsleistung 21220, die Psychoedukations-Gruppenziffer 21221 sowie die Angehörigenziffer 21216 gehören zum zentralen Instrumentarium der psychiatrischen Arbeit. Sie sind wie die richtlinienpsychotherapeutischen Leistungen zeitgebunden, nicht delegierbar, nicht ausweitbar. Wir stimmen mit den Äußerungen von Dr. Köhler auf der KBV-VV am 23. März 2007 überein, dass Einzelleistungsvergütung auch für die Gesprächsleistungen aller sprechenden Arztgruppen gilt, also nicht nur für die Leistungen des Kapitels 35, sondern auch für die zeitgebundenen

Gesprächsleistungen des Kapitels 21. Daraus abgeleitet ergibt sich die Forderung nach einer angemessenen Vergütung je Zeiteinheit auch für die zeitgebundenen Gesprächsleistungen des Kapitels 21 analog zu den antragspflichtigen Leistungen des Kapitels 35. Gegebenenfalls impliziert dies auch eine Anhebung der Bewertung (siehe Punkt 7).

Grundlage für diese Forderung ist die strukturelle Ähnlichkeit der Kapitel 35 und 21. Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist auf die Leistungen des Kapitels 21 angewiesen, das ausschließlich zeitgebundene und keine honorarrelevanten delegierbaren Leistungen enthält. Auf der Basis dieser Argumentation führen die Berufsverbände BVDN und BVDP derzeit sozialgerichtliche Musterklagen.

In Abstimmung mit dem BVDN und dem BDN begrüßen wir die Absicht der KBV, dass die gleiche Systematik auch auf die Ziffer 16220 angewandt werden soll (siehe auch Folie 5 des unter 1. angegebenen Dokumentes).

Vorschläge für weitere Einzelleistungen:

- EEG
- Psychometrische Testverfahren
- Hausbesuche
- Liquordiagnostik
- Berichte

3. Arztgruppenpezifische diagnosebezogene Fallpauschalen: § 87 (2c) Satz 4

Psychiatrische Betreuungsleistungen

Die Betreuungsleistungen 21230, 21231, 21232 und 21233 wurden im EBM 2000plus als so genannte Strukturziffern konzipiert, um den besonderen Betreuungsbedarf schwer chronisch psychisch Erkrankter abzubilden. Entsprechend gilt dies auch für die Leistungen des Kapitels 16 für die Betreuung schwer chronisch neurologisch Erkrankter. Wir begrüßen das Vorhaben der KBV, diese Ziffern außerhalb der Grundpauschale zu belassen. Darüber hinaus fordern wir, diese Leistungen auch außerhalb der RLV und extrabudgetär zu vergüten. Die gesetzlichen Grundlagen hierfür finden sich sowohl in SGB V § 87b (2), Satz 7: „Weitere vertragsärztliche Leis-

tungen können außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.“ Des Weiteren in § 87a, Absatz 3: „... in Vereinbarungen nach Satz 1 kann darüber hinaus geregelt werden, dass weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.“ Außerdem auch in § 87 (2c) Satz 4: „Abweichend von Satz 3 wird die Behandlung von Versichertengruppen, die mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten verbunden ist, mit arztgruppenspezifischen, diagnosebezogenen Fallpauschalen vergütet.“

Begründung: Für die spezialisierte Betreuung schwer chronisch psychisch Kranker besteht ein besonderer, sowohl gesundheitsökonomischer als auch medizinischer Förderungsbedarf, da diese Erkrankungen seit Jahren statistisch nachweisbar zunehmen und wachsende Kosten verursachen. Dies ist einerseits belegbar anhand der eklatant zunehmenden Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen, andererseits anhand der immensen Zunahme von Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen. Nicht berücksichtigt sind dabei die weiteren volkswirtschaftlichen Schäden durch Ausfall an Arbeitskraft etc. (indirekte Krankheitskosten).

Es besteht aus medizinischer Sicht auch ein erheblicher Nachholbedarf bei der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Betreuung, da gemessen an den Vorgaben der WHO von einer Unterversorgung psychisch Kranker auszugehen ist. Zudem erfolgt seit Jahren ein Abbau psychiatrischer Krankenhausbetten sowie eine Verkürzung der Liegezeiten mit der Folge, dass strukturell bedingt ein zunehmender ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Be-

handlungs- und Betreuungsbedarf besteht.

Psychiatrischer Notfallkomplex (neue Leistung)

In diesem Komplex ginge die bisherige Ziffer 21217 auf. Die Regelung mittels der Ziffer 21217 im EBM 2000 plus ist unzureichend, da sie die hochspezifische Kommunikation mit einem akut gefährdeten psychiatrischen Patienten, die Gefahrenabschätzung für den Patienten und sein Umfeld sowie den möglicherweise komplexen Koordinierungsbedarf mit einer stationären Einrichtung sowie Ordnungskräften keinesfalls ausreichend abbildet. Unser Vorschlag einer Legendierung lautet: „Krisenintervention bei akuter Eigen- beziehungsweise Fremdgefährdung, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen, einschließlich Koordination einer erforderlichen Noteinweisung in geschützte (geschlossene) psychiatrische Einrichtungen und Einschaltung von Ordnungskräften (Polizei, Ordnungsamt, Vormundschaftsgericht).“

4. Zusatzpauschalen

Die gesetzliche Grundlage hierfür ist SGB V §87 (2c), Satz 3: „Mit den Zusatzpauschalen nach Satz 1 wird der besondere Leistungsaufwand vergütet, der sich aus den Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen des Leistungserbringers und, soweit dafür Veranlassung besteht, in bestimmten Behandlungsfällen ergibt.“

Vorschläge für leistungsbezogene Zusatzpauschalen

- Vorhalten von bei Psychopharmakotherapie notwendigen Laborleistungen wie zum Beispiel Medikamentenspiegelbestimmungen, Leberfunktionswerte, Glucose i. S. bei Olanzapinbehandlung, AP bei Valproatbehandlung etc.

Vorschläge für strukturbezogene Zusatzpauschalen gemäß § 87 (2c) Satz 5

- Koordination des fallbezogenen Zusammenwirkens von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen wie zum Beispiel bei notwendigen somatischen Untersuchungen im Rahmen der Psy-

chopharmakotherapie (z. B. EKG, Echokardiografie, Labor, sofern letzteres nicht selbst vorgehalten wird)

- Fallbezogene Kooperation mit anderen ärztlichen Leistungserbringern, beispielsweise bei somatischer Komorbidität (z. B. Depression plus KHK, Depression plus Diabetes, Depression plus COPD, Depression plus [Mamma-] CA, Depression bei M. Parkinson, Demenz plus somatische Multimorbidität)
- Vorhalten eines multimodalen Therapieangebotes mit nichtärztlichen Leistungserbringern analog psychiatrischer Institutsambulanzen

Vorschläge für qualitätsbezogene Zusatzpauschalen

- Führen einer weiteren Gebietsbezeichnung
- Zusatzqualifikationen (z. B. spezielle Schmerztherapie, Geriatrie, Sozialmedizin, Verkehrsmedizin, Dopplersonografie)
- QEP oder andere QM-Maßnahmen
- CME

5. Produktivität

Wir halten die Produktivität im Praxisbetriebsmodell für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie für zu hoch angesetzt. Krankheitsbedingt kommt es bei Patienten mit psychischen- und Verhaltensstörungen und ihren Angehörigen mehr als bei anderen Patienten zu Terminausfällen bei zeitgebundenen, nicht delegierbaren Leistungen. Ausfallshonorarregelungen sind in der Regel mit schwer chronisch psychisch Kranken nicht zu vereinbaren.

Auch besteht bei der psychiatrisch-psychotherapeutischen Patientenkontakt regelmäßig eine mehr oder weniger ausgeprägte krankheitsbedingte Kommunikationsstörung, was gegenüber somatisch Kranken anderer Fachgebiete zu einem erheblich erhöhten Kommunikations- und Interaktionsbedarf zur Organisation der Sprechstunde führt.

Wir fordern daher eine Reduktion der Produktivität in einer angemessenen Relation zu den „rein somatischen“ Fachgebieten auf 65%. Möglicherweise führt dies zu weiterge-

henden Überlegungen bezüglich der Prüfzeiten im Rahmen der Plausibilitätskontrollen. Hier bestünde dann weiterer Abstimmungsbedarf.

6. Kostenerhebung der Fachgruppe

Die geplante Kostenerhebung in der Fachgruppe wird ausdrücklich begrüßt. Die komplexe Struktur der Leistungserbringung im Bereich Psychiatrie/Neurologie und Nervenheilkunde erfordert darüber hinaus eine sehr fundierte und komplexe Datenerhebung. Wir halten neben der nachvollziehbar verhandlungstaktisch sinnvollen empirischen Datenerhebung auch die Orientierung an einem normativen Modell für notwendig.

Aufgrund der gegenüber allen anderen Fachgruppen überproportionalen Honorareinbußen, wie zuletzt im „Rürup-Gutachten zur neurologischen und psychiatrischen Versorgung“ belegt und der KBV aus eigenen internen Statistiken bekannt, kam es zwangsläufig zu einer überlebensnotwendigen Kostenreduktion in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen. Dies hat einen erheblichen Renovierungs- und Innovationsstau als auch eine reduzierte personelle und strukturelle Ausstattung der Praxen zur Folge.

Gleichzeitig sind die Anforderungen an Qualität und Wettbewerbsfähigkeit gestiegen. Durch eine Fortschreibung der Praxiskosten auf rein empirischer Basis würde dieses Defizit fortgeschrieben und die psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen außerstande gesetzt, dem gestiegenen Leistungs- und Qualitätsbedarf ihrer Sicherstellungsfunktion zu genügen.

Es sollte in einem normativen Ansatz die auch in der ambulanten Facharztpraxis durchzuführende multimodale Therapie, ähnlich wie in den §§ 118 und 119 SGB V für psychiatrische Institutsambulanzen an Fachkliniken und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern oder wie in der Sozialpsychiatrievereinbarung der Kinder- und Jugendpsychiater vorgesehen, antizipiert werden. Sonst würde der eklatante Wettbewerbsnachteil gegenüber psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V fortgeschrieben.

Darüber hinaus fordern wir die Berücksichtigung

- der 3%igen Mehrwertsteuererhöhung,
- der Tarifgehaltserhöhung für medizinische Fachangestellte,
- der tatsächlichen KFZ-Kosten,
- der Energiekostensteigerung,
- sowie die Anpassung an den Bezugs-Oberarztlohn.

7. Angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen gemäß §87 (2c) letzter Satz und § 87 b (2), Satz 6

Richtlinienpsychotherapie ist seit 1992 integraler Bestandteil der Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Wir fordern auch für die antragspflichtigen PT-Leistungen der Fachgruppe eine Vergütung als Einzelleistung, außerhalb des RLV und extrabudgetär. Die Angemessenheit der Vergütung richtlinienpsychotherapeutischer Leistungen ist durch die gefestigte BSG-Rechtsprechung mit ihrem Vergleich mit den Gewinnen von Fachärzten definiert. Wir schlagen daher vor, den Erfolg der Maßnahmen in Bezug auf das Ziel der Angemessenheit der Vergütung zeitgebundener psychotherapeutischer Maßnahmen durch entsprechende Vergleichsberechnungen jährlich zu überprüfen. Unter der Annahme, dass es einen gemeinsamen Orientierungspunktwert für alle Ärzte und Psychotherapeuten geben wird, muss die Sicherstellung der angemessenen Vergütung je Zeiteinheit für psychotherapeutische Leistungen über eine Anhebung der Bewertung dieser Leistungen im EBM erfolgen. **crs**

3. Brücke zur Politik – **Aktuelles aus der Gesundheitspolitik**

**Keine leichte Frage: Wie misst man die
Qualität der psychiatrischen Versorgung?**



© Archiv

57 3.1 Qualität sichtbar machen

58 3.2 „Wie geht’s uns denn heute?“

59 3.3 Praxiskosten bislang unterschätzt

59 3.4 CME-Gesellschaft hat die Arbeit eingestellt

MEHR LEISTUNG – MEHR GELD

Qualität sichtbar machen

Honorar nach Leistung

Der Faktor Qualität wird in der Medizin immer wichtiger. Ärzte, so die Forderung der Gesundheitspolitik, sollen nicht mehr nur nach der Zahl der behandelten Patienten vergütet werden, sondern auch nach der Qualität ihrer Leistung. Doch wie kann man diese messen? Damit beschäftigt sich das Projekt „Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ (AQUIK). AQUIK möchte Qualitätsindikatoren in der ambulanten Versorgung finden, ihre Validität in ausgewählten Praxen testen und geeignete Kennzahlen finden, die sich für eine Kopplung an die Vergütung eignen. Das Projekt gründet auf einem Beschluss des Vorstands der KBV vom 20.11.2006 und wird vom Lenkungsausschuss und dem wissenschaftlichen Beirat begleitet.

Woran erkennt man Qualität?

Mit der Messung von Versorgungs-Outcomes (Ergebnisqualität) soll die noch bestehende Lücke im Portfolio der Qualitätsinstrumente der KBV geschlossen werden. Bisher fanden nur Struktur- und Prozessqualität Eingang in die Messung. Anschließend soll die Möglichkeit der Vergütungskopplung geprüft werden.

In einer ersten Phase wurden im Rahmen einer Organisationsbefragung 125 Fachgesellschaften, 61 Berufsverbände und 8 bundesweit agierende Patientenorganisationen zum Stand ihrer Qualitätsindikatorenentwicklung befragt. Die Gesamtrücklaufquote lag bei

durchschnittlich 60%, (67 von 127 Fachgesellschaften, 48 von 61 Berufsverbänden, insgesamt 115 von 186 Organisationen). Gemäß der Kurzbefragung haben 46% bereits Qualitätsindikatoren entwickelt, 49% haben Kenntnisse über Qualitätsindikatoren, 79% beabsichtigen, solche zu entwickeln. Die ausführliche Auswertung ist unter www.aquik.de abzurufen. In der Langbefragung wurden die Qualitätsindikatoren in vier Gruppen unterteilt:

1. Diagnoseabhängige Qualitätsindikatoren: Sie beziehen sich als medizinische Indikatoren auf häufige Diagnosen beziehungsweise deren Behandlung und messen direkt oder indirekt deren Behandlungsqualität.

Beispiele: Anzahl der depressiven Patienten einer Praxis oder Klinik, bei der ein Suizidgefährdungsscreening durchgeführt wurde; Anzahl der bipolaren Patienten, die mit Moodstabilizern behandelt werden.

2. Diagnoseunabhängige Qualitätsindikatoren: Sie messen über Kennzahlen die Qualität eines Versorgungsbereiches unabhängig von der Diagnose.

Beispiel: Anzahl grippegeimpfter Patienten über 65 Jahre in einer Allgemeinarztpraxis.

3. Qualitätsindikatoren zur Praxisorganisation: Dazu zählt beispielsweise die Wartezeit der Patienten mit Termin.

4. Befragungsbasierte Qualitätsindikatoren: Hier wird die persönlich empfundene Qualität gemessen.

Beispiele: Patientenbefragungen, Zuweisungsbefragungen.

Test in Fokuspraxen

Unter Einbeziehung nationaler und internationaler Expertise (RAND Health, USA, bzw. NPSRDC, Großbritannien) werden alle verfügbaren Indikatoren erfasst, bewertet und hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf das deutsche Versorgungssystem überprüft. Auf der Grundlage der vorhandenen Indikatoren wird ein Starterset für die ambulante medizinische Versorgung festgelegt, das sowohl fachgruppenübergreifende als auch fachgruppenspezifische Indikatoren umfasst.

Teil der Analyse ist es außerdem, zu ermitteln, ob für relevante Versorgungsbereiche Indikatoren fehlen. Die indizierten Indikatoren werden einer Testung in Fokuspraxen unterzogen. Parallel zur Erstellung der ersten Indikatoren erfolgt eine Selektion von Indikatoren mit Eignung für eine Vergütungskopplung. Die einzelnen Projektschritte werden durch verschiedene IT-Projekte unterstützt. Das Gesamtprojekt ist in sechs Abschnitte gegliedert, die sich über einen Zeitraum von 18 Monaten erstrecken.

Qualitätsmessung noch selten

Von März bis Mai 2007 wurde eine erste umfassende Bestandsaufnahme über den Entwicklungsstand von Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung in Deutschland gemacht. Die Organisationsbefragung ergab, dass dem Thema hohe Bedeutung beigemessen wird. Die Kurz- und Langbefragung zeigte, dass sich nahezu zwei Drittel der befragten Organisationen intensiv mit

Qualitätsindikatoren beschäftigen. Systematisch entwickelte und bereits angewandte Qualitätsindikatoren sind noch die Ausnahme.

Es gibt derzeit in Deutschland über 2.000 Qualitätsindikatoren, die überwiegend im Internet veröffentlicht sind. Diese betreffen meist die großen Volkskrankheiten und weisen einen hohen Überschneidungsgrad auf. Fachgesellschaften haben eher diagnoseabhängige Qualitätsindikatoren entwickelt, Berufsverbände eher Indikatoren zur Praxisorganisation und befragungsabhängigen Qualität.

Bedeutung für die Praxis

Die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz seit 1. April 2007 in Kraft getretenen Vorgaben zur vertragsärztlichen Vergütungsreform NVV 2007–2011 sehen eine weitere Stärkung des Bezugs zwischen Qualität und vertragsärztlicher Vergütung vor. Qualität soll

somit unmittelbar behandlungsfallbezogen gefördert werden.

1. Im hausärztlichen Versorgungsbereich: Möglichkeit der Vereinbarung von Qualitätszuschlägen für die Vergütung der in besonderen Behandlungsfällen erforderlichen Qualität.

2. In der fachärztlichen Versorgung gemäß § 87 Abs 2c SGB V: Möglichkeit zur Vorgabe von Zusatzpauschalen, die sich aus Qualitätsmerkmalen des Leistungserbringers und aus bestimmten Behandlungsfällen ergeben.

Fazit

Für die in Praxis und Klinik tätigen Psychiater und Nervenärzte geht es sicher erst einmal darum, ihre Qualität transparent zu machen. Viele Praxen und Kliniken haben bereits Qualitätsmanagementsysteme etabliert oder sind nach DIN ISO oder KTQ zertifiziert. Diese Programme betreffen vorwiegend Struktur- und Prozessqualität. Um die Ergeb-

nisqualität sichtbar zu machen, bedarf es Qualitätsindikatoren und Kennzahlen. Beispiele hierfür können sein: Anteil der Patienten mit Depression, bei denen eine Suizidrisikoanalyse durchgeführt wurde, Anteil der Patienten mit Schlaganfall, die einer kranialen Bildgebung zugeführt wurden. Viele Qualitätsindikatoren lassen sich aus bereits vorhandenen Daten entwickeln. □

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim (crs)

Vorsitzende des BVDP

Praxis für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie in Andernach

E-Mail: c@dr-roth-sackenheim.de



DAS IGES-GUTACHTEN

„Wie geht’s uns denn heute?“

Was hat sich eigentlich in den letzten zehn Jahren in der Versorgungslandschaft der Psychiater, Neurologen und Psychotherapeuten geändert? Um diese Frage zu klären, beauftragten BVDN, BVDP und BDN das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) mit einem Zusatzgutachten zur neurologisch-psychiatrischen Versorgung. Die ersten vorläufigen Ergebnisse liegen vor. Das Gutachten beruht auf Daten des statistischen Bundesamtes sowie Abrechnungsdaten der KBV von 1994 bis 2004.

Auch wenn die offizielle Endversion noch nicht vorliegt, so lassen sich doch bereits folgende Trends zusammenfassen:

1. Es bestehen deutliche regionale Unterschiede in der Arztdichte für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater sowie für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten.
2. Die Arztdichte ist unterdurchschnittlich in den neuen Bundesländern und

überdurchschnittlich in den Stadtstaaten.

3. Hausärzte erbrachten mit 20% des neurologisch-psychiatrischen Leistungsvolumens einen relevanten Anteil an der Versorgung. Dieser blieb in Höhe und Struktur im Beobachtungszeitraum etwa gleich.
4. Auf Richtlinienpsychotherapie entfielen circa 50% des Leistungs- und 54% des Honorarvolumens der gesamten neurologischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung.
5. Die Fallzahl pro Arzt ist im Bereich Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie im Beobachtungszeitraum stetig gestiegen.
6. Das Honorar je Arzt ist im Beobachtungszeitraum entgegen dem Trend in der gesamten Vertragsärzteschaft stetig gesunken.
7. Der Anteil an Richtlinienpsychotherapie, der durch Psychiater erbracht wird, ist seit 1999 kontinuierlich gesunken.

crs



© Archiv

STRUKTUR- UND KOSTENERHEBUNG DER KBV**Praxiskosten bislang unterschätzt**

Eine neue Praxiskostenanalyse soll Licht ins Dunkel der finanziellen Situation der Psychiater bringen. Noch ist die Auswertung nicht ganz abgeschlossen. Doch schon jetzt ist klar: Die Praxisunkosten sind höher als bisher angenommen.

Im Juli 2007 lud die KBV zu einer Auftaktveranstaltung im Rahmen der Struktur- und Kostenerhebung in den Fächern Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Nervenheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie ein. Bereits Ende der 90er Jahre hatte Dr. Gunther Carl gemeinsam mit der Universität Würzburg eine Praxiskostenanalyse bei Neurologen und neurologisch tätigen Nervenärzten durchgeführt, die seitens der KBV durch ein externes Institut bewertet worden war. Das Ergebnis dieser Bewertung durch das Institut „meditrust“ lautete kurz zusammengefasst: Die Daten geben einen besseren Einblick als die Zahlen, die der betriebswirtschaftlichen Kalkulation des

EBM seitens der KBV zugrunde liegen. Es bestehen aber Zweifel, ob die Daten sich auf die gesamte Fachgruppe übertragen lassen. Daraufhin entschloss sich die KBV, eine eigene Analyse in Auftrag zu geben, welche die Fachgruppen Psychiatrie, Neurologie, Nervenheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie und die ärztliche und psychologische Psychotherapie umfasste.

Personal und Mieten teurer

Um die Ergebnisse noch im Oktober 2007 in die Verhandlungen mit den Krankenkassen einfließen zu lassen, stand die Erhebung unter einem hohen Zeitdruck. Es ist der hervorragenden Zusammenarbeit der verschiedenen Fachgebiete und der hohen Professionalität des an der Erhebung beteiligten Instituts „primenetworks Basel“ zu verdanken, dass bereits im Juli aus sieben verschiedenen fachgebietsspezifischen Erhebungsbögen ein einziger Fragebogen entwickelt werden konnte. Inner-

halb von zehn Tagen fand die Feinabstimmung per E-Mail statt, die dafür sorgte, dass die Fragen praxisorientiert und klar verständlich waren.

Anfang September war die Befragung beendet. Trotz der großen Ferien und der kurzen Vorbereitungszeit, sandten insgesamt 1.845 Ärzte die Erhebungsbögen ein. Davon konnten 1.602 ausgewertet werden. Das Ziel, repräsentative Daten zu erheben, wurde damit erreicht.

Bislang ist noch keine Veröffentlichung der Daten erfolgt. In einer ersten Präsentation der Ergebnisse wurde jedoch bereits ein Aspekt deutlich: In allen Fachgebieten lag der Anteil der Praxiskosten höher als im Standardbewertungssystem bei der betriebswirtschaftlichen Kalkulation des EBM. In den meisten Fällen ging dies auf gestiegene Personal-, Miet- und Versicherungskosten zurück. In Kürze werden weitere Angaben vorliegen, die dann Auskunft geben über Praxisgröße, Zulassungsstatus, Leistungsprofil, Arbeitszeit des Arztes und des Personals sowie zum Investitionsbedarf in den Praxen. **crs**

BRÜCKE ABGEBROCHEN**CME-Gesellschaft hat die Arbeit eingestellt**

Die einzige Brücke, die tatsächlich abgebrochen werden musste, ist diese: Die fachspezifische CME-Gesellschaft Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie (NPP) wurde im September 2007 aufgelöst. Wie kam es dazu?

Fortbildung transparent machen

Noch bevor die Ärztekammern die gesetzlichen Vorgaben zu ärztlichen Weiterbildung vollständig umsetzten und die „Continuing Medical Education“ (CME) als Serviceleistung anboten, nahm die CME NPP-Gesellschaft 2001 ihre Arbeit auf. Damals gründete sich die Arbeitsgemeinschaft der fachärztlichen Fortbildungskommissionen, der auch CME NPP angehörte. Man entwickelte gemeinsame Standards für

Qualität und vereinheitlichte das CME-Akkreditierungssystem für alle Fachgruppen. Der gemeinsame Gedanke war, die Qualität fachärztlicher Fortbildung sichtbar zu machen. Es galt, bundesweite Daten darüber zu erheben, welche Fortbildungsveranstaltungen – von Qualitätszirkeln bis zu Kongressen – von wie vielen Teilnehmern besucht werden und wie hoch die Qualität dieser Veranstaltungen ist. Diese Transparenz erscheint angesichts der derzeitigen politisch motivierten Ärzte-Desavouierungskampagne, die behauptet, ärztliche Fortbildung sei überwiegend pharmakonzerngesteuert und viele Krankheiten gar eine „Erfindung der Pharmaindustrie“, nach wie vor brandaktuell.

**Eine gute Idee hat sich nicht durchgesetzt**

Bei der Gründung der CME NPP nahmen die Gesellschafter an, dass ihr alle Landesärztekammern eine Treuhänderfunktion für die Fortbildungsveranstaltungen übertragen würden. Das hieße, dass die jeweilige Landesärztekammer CME NPP ermächtigt, die Veranstaltungen im Fachgebiet zu akkreditieren und die erreichten Punkte pro Teilnehmer an die Kammer zu melden. Eine

Serviceleistung, deren Unkosten die Fortbildungsteilnehmer tragen. Die Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern hatte dies ausdrücklich unterstützt, da sie die Auffassung – gemeinsam mit der AG der Fortbildungskommissionen – vertrat, dass die Fachgebiete selbst am besten wissen, welche Qualität eine Fortbildung in ihrem Gebiet hat. Einige große Landesärztekammern wie Bayern und Nordrhein haben dies auch sofort umgesetzt sowie nach und nach etwa die Hälfte der übrigen Kammern. Das große Ziel, alle 17 Landesärztekammern von diesem Konzept zu überzeugen, wurde jedoch letztlich nicht erreicht. In den Ländern, in denen die Ärztekammern den CME-Service nicht der CME NPP-

Gesellschaft überliefern, fallen aber doppelte Kosten für die Teilnehmer an. Insbesondere die Berliner Ärztekammer, bei der der DGPPN-Jahreskongress akkreditiert werden muss, erwies sich nicht als kooperationsbereit. Die Gebühren für die Teilnehmer des DGPPN-Kongresses hätten durch den doppelten CME-Service deutlich angehoben werden müssen.

Die fünf Gesellschafter DGN, DGPPN, BDN, BVDN und BVDP haben die Situation mehr als ein Jahr kritisch beobachtet und immer wieder kontrovers diskutiert. Schließlich hat die finanzielle Belastung den Ausschlag gegeben – und die Erkenntnis, dass sich auch eine gute Idee nicht immer durchsetzen muss.

Nachfolgend finden Sie noch einmal der Brief an alle CME NPP-Teilnehmer, mit dem Sie über die Liquidation der CME-Gesellschaft mbH in Kenntnis gesetzt wurden. **crs**

BRIEF AN CME-TEILNEHMER

Neuss, 17.9.2007

Sehr geehrte CME-Teilnehmerin,
sehr geehrter CME-Teilnehmer,

mit diesem Schreiben müssen wir Ihnen bedauerlicherweise mitteilen, dass die Verwaltungsgesellschaft CME zum 30.9.2007 ihre Arbeit einstellen wird. Daher finden Sie den letzten Kontoauszug Ihres CME-Punktekontos für das Jahr 2006 anbei. Eine Weiterführung des Punktekontos ist ab dem 1.1.2007 leider nicht mehr möglich. Die Vergabe der Fortbildungszertifikate bis 2006 erfolgt weiterhin automatisch. Sollten Sie die Voraussetzungen erfüllen, wird Ihnen das Zertifikat in den nächsten Wochen getrennt zugehen. Zukünftig ist der Erwerb eines fachspezifischen Fortbildungszertifikates, das von den wissenschaftlichen Gesellschaften und den Berufsverbänden gemeinsam getragen wurde, leider nicht mehr möglich. Dies ist aus unserer Sicht ein sehr bedauerlicher Verlust für Sie als regelmäßige Teilnehmer.

Die Kostenentwicklung der Verwaltungsgesellschaft mit zunehmendem Arbeitsaufwand und die steigenden Gebühren der Landesärztekammern erlauben es nicht, die bisherigen Leistungen der Verwaltungsgesellschaft ohne wesentliche Gebührenerhöhung anzubieten. Die Gesellschafter der Verwaltungsgesellschaft CME lehnen jedoch eine weitere finanzielle Belastung der Teilnehmer ab. Da einzelne Leistungen der Verwaltungsgesellschaft auch zunehmend von Landesärztekammern (Punktekonto) derzeit noch kostenfrei angeboten werden, würde eine Gebührenerhöhung auch keine Akzeptanz finden. Da die Akkreditierung von Veranstaltungen, die die entscheidende

finanzielle Einnahmequelle der Verwaltungsgesellschaft ist, trotz intensiver Verhandlungen in den letzten Jahren mit den Landesärztekammern nicht anerkannt wird, fallen weiterhin Doppelgebühren für die Veranstalter an. Bei steigendem Kostendruck auf der Seite der Veranstalter sind zukünftig reduzierte Anmeldungen bei CME-NPP zu befürchten.

Daher haben sich die Gesellschafter zur Auflösung der CME-Verwaltungsgesellschaft gezwungen gesehen.

Wir bedanken uns für die langjährige und vertrauensvolle Zusammenarbeit und stehen Ihnen für Fragen noch bis zum 31.12.2007 zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

D. Differt-Fritz
Geschäftsführerin

Dr. P. Franz
Sprecher des Beirats



MITGLIEDERVERSAMMLUNG DES BVDP

Kommen und mitbestimmen!

Liebe und sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

der Vorstand des Berufsverbandes der deutschen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, BVDP, lädt Sie sehr herzlich zur 8. Jahreshauptversammlung und zur Ordentlichen Mitgliederversammlung ein, die nun zum dritten Mal im Rahmen des DGPPN-Kongresses stattfindet. Wir treffen uns am

Freitag, den 23.11.2005, von 16.45–18.45 Uhr im ICC Berlin, Salon 19

In der Jahreshauptversammlung werden Sie aktuelle berufspolitische Informationen erhalten. Themen sind unter anderem:

- EBM 2008
- Struktur- und Kostenerhebung der KBV
- IGES-Gutachten zur neuropsychiatrischen Versorgung

Bestimmen Sie in der anschließenden Diskussion die Ausrichtung Ihres Verbandes mit, indem Sie uns Ihre Meinung mitteilen und mit uns über mögliche Alternativen diskutieren. Anschließend wird die Mitgliederversammlung mit der turnusmäßigen Vorstandswahl stattfinden. Der Vorstand hat einen Vorschlag zur Besetzung für Sie vorbereitet. Auf der Tagesordnung der 8. Ordentlichen Mitgliederversammlung steht:

1. Bericht des Vorstandes
2. Kassenlage, Entlastung des Vorstandes
3. Vorstandswahl
4. Verschiedenes

Mit freundlichem Gruß Ihr

BERUFSVERBAND DEUTSCHER FACHÄRZTE FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

Dr. Christa Roth-Sackenheim

BVDP UND BVDN SYMPOSIEN AUF DEM DGPPN KONGRESS Kongress-Tipps!

Hauptsymposium: Kann man sich heute noch als Psychiater niederlassen?

Gemeinsam mit dem Referat Young
Psychiatrists der DGPPN

Vorsitz: Dr. Christa Roth-Sackenheim

Co-Vorsitz: Dr. Iris-Tatjana Calliess

Donnerstag, 22.11.2007

10.30–12.00 Uhr

Saal 06

— Vortrag I: Arztzahlentwicklung und Versorgungsrealität im Fach Psychia- trie und Psychotherapie

Christa Roth-Sackenheim

Derzeit gibt es knapp 5.000 niedergelassene Nervenärzte und Psychiater/Psychotherapeuten in Deutschland. Laut Arztlageentwicklungsstudie der KBV und der Bundesärztekammer werden 30% von diesen, also 1.500 Ärzte, in den nächsten fünf bis zehn Jahren aus Altersgründen ausscheiden. Dies bedeutet, dass es in den nächsten Jahren einen Generationenwechsel bei den niedergelassenen Fachärzten in unserem Gebiet geben wird. Welche Auswirkungen hat dieser auf die derzeitige und die künftige Versorgung? Wie können junge Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie den abzusehenden Psychiaterschwund auffangen? Welche neuen Kooperationsmöglichkeiten gibt es im Rahmen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes? Wie sind die wirtschaftlichen Bedingungen der Niederlassung derzeit?

— Vortrag II: Das System der Kassenärztlichen Vereinigung

Uwe Bannert

Die Kassenärztlichen Vereinigungen erfüllen neben der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung eine Reihe von delegierten staatlichen ordnungspolitischen Aufgaben und stehen gleichzeitig als berufspolitisch engagierte Selbstverwaltung im Kreuzfeuer der Gesundheitspolitik. Die immer

kompliziertere Honorarverteilung ist dabei in Zeiten rigoroser Sparmaßnahmen zu Lasten der ambulanten fachärztlichen Versorgung der schwierigste Teil. Die unendlich komplizierten Berechnungsweisen des knappen Geldanteils, den jede Praxis schließlich noch erhält, kann kaum ein Niedergelassener noch durchschauen. Doch der Wahnsinn hat tatsächlich Methode! Nach einer kurzen Einführung in Begriffe wie floatender oder gestützter Punktwert, Global- und Individualbudget, Kopfpauschale, Medikamentenbudget und Regress soll Raum für Fragen und Diskussion bleiben, gegebenenfalls auch für berufspolitische Entrüstung. Unabdingbar für jeden Niederlassungswilligen ist aber die Mitgliedschaft in einem Berufsverband, um die Flut an Informationen und Regelungen auch nur halbwegs zu bewältigen.

— Vortrag III: Die Tätigkeit des Gutachters in der Praxis

Christian Vogel

Die Erstellung von neurologischen und/oder psychiatrischen Gutachten stellt zunehmend neben der Tätigkeit für die gesetzliche oder private Krankenversicherung ein zusätzliches Standbein für viele Niedergelassene dar. Neben dem ökonomischen Gesichtspunkt kann auch die anders strukturierte Tätigkeit als medizinischer Sachverständiger/Gutachter ein Aspekt von Psychohygiene und Arbeitszufriedenheit sein, für manche Kollegen stellt auch der Kontakt mit anderen Fachgebieten im Rahmen gutachterlicher Tätigkeit einen zusätzlichen Anreiz dar.

Im Einzelnen soll dargestellt werden in welchen Bereichen der niedergelassene Psychiater als Gutachter tätig werden kann. Die Rahmenbedingungen der Tätigkeiten im gerichtlichen Auftrag, im Auftrag von Rentenversicherungsträgern und Versorgungsämtern sowie anderen staatlichen Institutionen soll ebenso erläutert werden wie die Tätigkeit als Beratungsarzt für private Krankenversicherungen. Dabei sollen einerseits die fachlichen Voraussetzungen für diese Tätigkeiten erörtert werden, andererseits die praktische Organisation und der ökonomische Aspekt.

Symposium: Weiterentwicklung integrierter Versorgung

Vorsitz: Christa Roth-Sackenheim

Co-Vorsitz: Christian Vogel

Samstag, 24.11.2007

8.30–10.00 Uhr

Saal 09

— Vortrag I: IV Depression Aachen nach drei Jahren

Frank Bergmann

Auch nach dem GKV-WSG steht „Integrierte Versorgung“ nach § 140 ff. auf einem der vordersten Plätze der Agenda des Bundesgesundheitsministeriums. Insbesondere die aktuelle Kurskorrektur im WSG befördert integrierte Versorgung. Auf Grund der bekanntermaßen hohen Morbidität und der hohen volkswirtschaftlichen Bedeutung sind insbesondere depressive Erkrankungen in den Fokus des Interesses, unter anderem bei Kostenträgern gekommen. Dem integrierten Versorgungsmodell Depression kommt dies zugute, und zwar sowohl im AOK-Projekt im Rheinland, das im Verbund mit mehreren anderen Krankenkassen durchgeführt wird, als auch im Zusammenhang mit dem bundesweiten Rahmenvertrag mit der Techniker Krankenkasse, den die Berufsverbände abgeschlossen haben. Nach zunächst zögerlichem Beginn schnellen Arztzahlen wie auch die Zahl der eingeschriebenen Patienten in beiden Modellen nunmehr in die Höhe. Für die beteiligten Praxen rechnet sich das Projekt wirtschaftlich, aber auch die Krankenkassen signalisieren nach ersten Auswertungen hohe Akzeptanz und Zufriedenheit mit den Ergebnissen. Der Vortrag stellt die aktuelle Entwicklung dar und weist Perspektiven für die Weiterentwicklung der integrierten Versorgung insbesondere auch indikationsübergreifend im Sinne eines generischen psychiatrischen Versorgungsvertrages dar.

— Vortrag II: IV-Modelle in München

Christian Vogel

Im Rahmen der inzwischen großen Zahl laufender Projekte der integrierten Versorgung sind Verträge aus dem psychiatrischen Fachgebiet selten. In der Region München liegt eine Ausnahmesituation mit derzeit vier verschiedenen lau-

fenden Verträgen zur integrierten Versorgung vor, die das psychiatrische Fachgebiet betreffen.

Es wird der aktuelle Stand der laufenden Projekte dargestellt, die unterschiedlichen Strukturen – zum Teil stark klinikgebunden, zum Teil nur den ambulanten Bereich betreffend – außerdem sollen erste Trendmeldungen über die Effekte mitgeteilt werden.

Aus Sicht der beteiligten niedergelassenen Psychiater und Nervenärzte werden konkrete Erfahrungen geschildert, Aspekte der laufenden Arbeit in den IV-Verträgen geschildert und erste Einschätzungen zu Perspektiven und Weiterentwicklungen gegeben.

— Vortrag III: IV bei psychischen Störungen in Niedersachsen

Matthias Walle

Aufgrund der schwierigen ambulanten Versorgungssituation konnten bislang schwer und chronisch psychisch Kranke nur unzureichend ambulant behandelt werden. Die bereits von der Psychiatrie-Enquete 1975 gemachte Forderung „ambulant vor stationär“ konnte so nicht umgesetzt werden, fehlte es doch an tragfähigen ambulanten Strukturen. Im Rahmen der Verträge zur Integrierten psychiatrischen Versorgung am Osteobogen in Hemmoor wurden für unterschiedliche Patientengruppen Eingangskriterien in die Integrierte Versorgung definiert. Daneben wurden die soziodemografischen Grunddaten erhoben und der Ressourcenverbrauch patientenbezogen im Verlauf dargestellt. Anhand der Daten von drei Jahren zeigt sich, dass durch ein ambulantes Komplexleistungssystem mit im Zentrum stehender sozialpsychiatrischer Schwerpunktpraxis auch eine Versorgung schwer und chronisch psychisch Kranker gelingt, selbst wenn diese rasch wiederkehrend akut erkranken.

Auch wurde deutlich, dass hierfür trotz deutlich intensiverer ambulanter Leistungsmaßnahmen kein erhöhter Gesamtressourcenverbrauch notwendig ist. Dies gelang unter anderem durch eine Reduktion der Hospitalisierungsrate und durch die Implementierung einer zentralen Leitstelle zur Leistungskoordination in der sozialpsychiatrischen

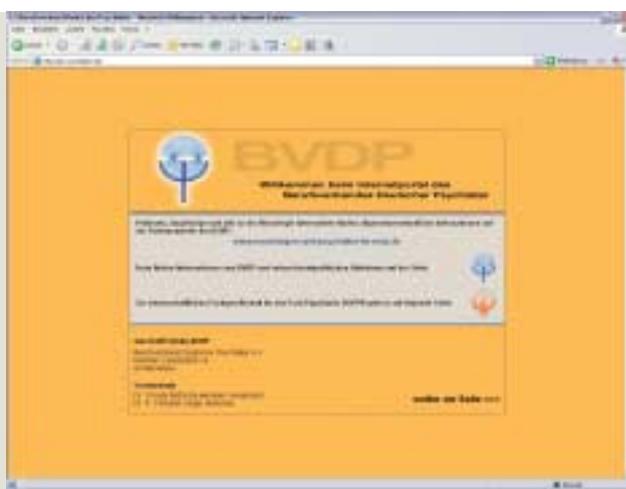
Schwerpunktpraxis. Es zeigen sich sowohl für den Bereich der schizophrenen als auch der affektiven Störungen geringere Wiedererkrankungsraten, wahrscheinlich bedingt durch eine verbesserte Compliance. Auch scheint die Verbindlichkeit der Umsetzung der de-

finierten Behandlungspfade eine besondere Rolle für die Erschließung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven zu haben. Insgesamt gelang der Nachweis, dass ohne höheren finanziellen Ressourcenverbrauch die Qualität und Effizienz der Versorgung von

schwer und chronisch psychisch Kranken innerhalb einer definierten Region durch Installation eines Integriertes Versorgungssystems mit im Zentrum stehender Schwerpunktpraxis verbessert werden kann. □

WWW.BV-PSYCHIATER.DE

Noch mehr Infos im Netz



Was finden Sie auf der Homepage der Berufsverbände?

- Artikel früherer NEUROTRANSMITTER-Ausgaben
 - Neurotransmittertelegramme zum Nachlesen
 - Übersichten zu Vergütungsfragen (EBM, GOÄ, JVEG)
 - Konzepte zur integrierten Versorgung
 - Aktuelle politische Informationen, Adressen und Links
- und vieles mehr.

Neben dem Patienteninformationsnetzwerk für Patienten „psychiater-im-netz.de“ hat sich die Internetseite „www.bv-psychiater.de“ als Informationsmedium für Ärzte etabliert. Hier können Mitglieder der Berufsverbände auf ein großes Archiv berufspolitischer relevanter Themen zurückgreifen. Aktuelle Informationen aus dem Berufsverband und der Gesundheitspolitik, Downloads und Mitgliederservice: Das sind die Aufgaben der BVDP-Verbandshomepage „www.bv-psychiater.de“. Zentrale Inhalte sind über ein Passwort geschützt und damit nur für Mitglieder zugänglich.

Mit rund 3.800 Zugriffen pro Monat allein auf den internen Bereich hat sich die Webseite zu einer beliebten Informationsplattform für Psychiater entwickelt. Das liegt sicher auch daran, dass die Inhalte jede Woche aktualisiert werden. So bleiben die Mitglieder up to date über die berufspolitischen Aktivitäten des BVDP und seiner Partnerverbände, Vertragsverhandlungen, Qualitätsmanage-

mentkonzepte und vieles mehr. Die Kernpunkte sind neben der Eigendarstellung des Berufsverbandes und seiner Strukturen selbstverständlich die verschiedenen Projekte des BVDP. Zum Beispiel finden die Mitglieder unter der Rubrik „Integrierte Versorgung“ die Konzepte der Berufsverbände zur integrierten Versorgung. Außerdem präsentiert der Webauftritt Fortbildungen, Symposien und politische Veranstaltungen des Verbandes.

Wer sein Büro nicht mit Bergen von Papier belasten möchte, der kann im Mitgliederbereich der Homepage auch den NEUROTRANSMITTER lesen – dazu wird die aktuelle Version zeitnah eingestellt und bleibt im Archiv verfügbar, sodass Mitglieder jederzeit auch auf vergangene Ausgaben zugreifen können.

Ein weiterer Service für Mitglieder ist der Newsletter des BVDP. Er erscheint vier- bis sechsmal im Jahr und informiert über aktuelle Projekte des Berufsverbandes, Neuerungen und Termine.

Die Finanzierung der neuen Verbands-Homepage erfolgt über Sponsorengelder. Dabei müssen strenge und transparente Regeln gelten. Die Sponsoren üben keinen Einfluss auf redaktionelle Inhalte der Seiten aus. Selbstverständlich erfolgt auch keine „Schleichwerbung“. Insgesamt ist die Präsenz der Sponsoren auf der Homepage sehr zurückhaltend: Der Industrie steht der Bereich „Markt und Forschung“ zur Verfügung, auf der sie – wie auch in den Fachzeitschriften üblich – Studienergebnisse und gegebenenfalls Presseinformationen veröffentlichen können. Alle Firmen, die sich finanziell am Aufbau und Erhalt der Seiten beteiligen, sind für Interessierte im Bereich Sponsoren kurz dargestellt. □

AUTOR

Dr. med. Arne Hillienhof,
Köln
E-Mail: ahillienhof@gmx.de





Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvdn.de

Vorstand/Beirat

1. Vorsitzender: Frank Bergmann, Aachen
Stellv. Vorsitzender: Gunther Carl, Kitzingen
Schriftführer: Roland Urban, Berlin
Schatzmeister: Paul Reuther, Bad-Neuenahr-Ahrweiler
Sektion neue Bundesländer: Lutz Bode, Eisenach
Beisitzer: Christa Roth-Sackenheim, Andernach; Uwe Meier, Grevenbroich; Paul Reuther, Bad Neuenahr-Ahrweiler

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Süd: Wolfgang Becker
Bayern: Gunther Carl
Berlin: Gerd Benesch
Brandenburg: Anette Rosenthal
Bremen: Ulrich Dölle
Hamburg: Guntram Hinz
Hessen: Werner Wolf
Mecklenburg-Vorpommern: Liane Hauk-Westerhoff
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Frank Bergmann
Rheinland-Pfalz: Klaus Sackenheim
Saarland: Friedhelm Jungmann
Sachsen: Mathias Brehme
Sachsen-Anhalt: Dagmar Klink
Schleswig-Holstein: Fritz König
Thüringen: Konstanze Tinschert
Westfalen: Klaus Gorsboth
Württemberg-Baden-Nord: Herbert Scheiblich

Gremien des BVDN

SEKTIONEN

Sektion Nervenheilkunde: F. Bergmann
Sektion Neurologie: U. Meier
Sektion Psychiatrie und Psychotherapie: C. Roth-Sackenheim

ARBEITSKREISE

Neue Medien: K. Sackenheim
EDV, Wirtschaftliche Praxisführung: Th. Krichenbauer
Forensik und Gutachten Psychiatrie: P. Christian Vogel
Gutachten Neurologie: F. Jungmann
Konsiliarneurologie: S. Diez
Konsiliarpsychiatrie: N. N.
Belegarztwesen Neurologie: J. Elbrächter
Fortbildung Assistenzpersonal: K.-O. Sigel, R. Wietfeld
U. E. M. S. – Psychiatrie, EFPT: R. Urban
U. E. M. S. – Neurologie: F. Jungmann
DMP und IV: U. Meier, F. Bergmann, P. Reuther, G. Carl

AUSSCHÜSSE

Akademie für Psychiatrische und Neurologische Fortbildung: A. Zacher, K. Sackenheim
Ambulante Neurologische Rehabilitation: W. Fries
Ambulante Psychiatrische Reha/Sozialpsychiatrie: S. Schreckling
CME (Continous Medical Education): P. Franz, F. Bergmann, P. Reuther
Gebührenordnungen: F. Bergmann, G. Carl
Öffentlichkeitsarbeit: F. Bergmann
Neurologie und Psychiatrie: G. Carl, P. Reuther, A. Zacher

Gerontopsychiatrie: F. Bergmann
Psychotherapie: C. Roth-Sackenheim, U. Thamer
Organisation BVDN, Drittmittel: G. Carl, F. Bergmann
Weiterbildungsordnung und Leitlinien: W. Lünser, Ch. Vogel, F. Bergmann, G. Carl
Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigen-gruppen: U. Brickwedde (Psychiatrie), H. Vogel (Neurologie)

REFERATE

Demenz: J. Bohlken
Epileptologie: R. Berkenfeld
Neuroangiologie, Schlaganfall: K.-O. Sigel, H. Vogel
Neurootologie, Neuroophthalmologie: M. Freidel
Neuroorthopädie: B. Kügelgen
Neuropsychologie: T. Cramer
Neuroonkologie: W. E. Hofmann, P. Krauseneck
Pharmakotherapie Neurologie: K.-O. Sigel, F. König
Pharmakotherapie Psychiatrie: R. Urban
Prävention Psychiatrie: N. N.

Schlaf: R. Bodenschatz, W. Lünser
Schmerztherapie Neurologie: H. Vogel
Schmerztherapie Psychiatrie: R. Wörz
Suchttherapie: U. Hutschenreuter, R. Peters
Umweltmedizin Neurologie: M. Freidel

Geschäftsstelle der Berufsverbände

D. Differt-Fritz
 Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss
 Tel.: 02131 220992-0
 Fax: 02131 220992-2
 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de;
Bankverbindung:
 Sparkasse Neuss,
 Kto.-Nr.: 800 920 00
 BLZ 305 500 00
Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ www.neuroscout.de

Vorstand des BDN

Vorsitzende: Uwe Meier, Grevenbroich; Hans-Christoph Diener, Essen
Schriftführer: Harald Masur, Bad Bergzabern
Kassenwart: Karl-Otto Sigel, München
Beisitzer: Frank Bergmann, Aachen; Rolf F. Hagenah, Rotenburg; Paul Reuther, Bad Neuenahr
Beirat: Curt Beil, Köln; Elmar Busch, Kevelaer; Andreas Engelhardt, Oldenburg; Peter Franz, München; Matthias Freidel, Kaltenkirchen; Holger Grehl, Erlangen; Heinz Herbst, Stuttgart; Fritz König, Lübeck; Fritjof Reinhardt, Erlangen; Claus-W. Wallesch, Magdeburg

Ansprechpartner für Themenfelder
Neue Versorgungsstrukturen IV und MVZ: U. Meier, P. Reuther
Gebührenordnung GOÄ/EBM: R. Hagenah, U. Meier, H. Grehl
CME: P. Franz
Qualitätsmanagement: U. Meier
Risikomanagement: R. Hagenah
Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN

Delegierte in Kommissionen der DGN

Kommission Leitlinien: U. Meier
Weiterbildung/ Weiterbildungsermächtigung: H. Grehl
Anhaltzahlen/Qualitätssicherung: F. Reinhardt, P. Reuther
Rehabilitation: H. Masur
CME: P. Franz, F. Jungmann, P. Reuther
DRG: R. Hagenah

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

DGNR: H. Masur
AG ANR: P. Reuther
BV-ANR: P. Reuther
UEMS: F. Jungmann

Schatzmeister: Gerd Wermke, Homburg/Saar
Beisitzer: Uwe Bannert, Bad Segeberg; Werner Kissling, München; Hans Martens, München; Greif Sander, Sehnde

REFERATE

Soziotherapie: S. Schreckling
Sucht: G. Sander
Psychotherapie/ Psychoanalyse: H. Martens
Forensik: C. Vogel
Übende Verfahren – Psychotherapie: G. Wermke
Psychiatrie in Europa: G. Wermke
Kontakt BVDN, Gutachterwesen: F. Bergmann
ADHS bei Erwachsenen: J. Krause
PTSD: C. Roth-Sackenheim



Berufsverband Deutscher Psychiater

■ www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Stellvertretender Vorsitzender: Christian Vogel, München
Schriftführer: Christian Raida, Köln

Ich will Mitglied werden!

■ **An die Geschäftsstelle Neuss, Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss, Fax: 02131 220922**

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag 300–475 EUR, je nach Landesverband).
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefärzte/Niedergelassene; 260 EUR für Fachärzte an Kliniken).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BDN und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 450 EUR.
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP) (Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefärzte/Niedergelassene/Fachärzte an Kliniken).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BVDP und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 450 EUR.
- Ich wünsche die **DREIFACHMITGLIEDSCHAFT** – BVDN, BDN und BVDP – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 590 EUR.

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: _____ | | | |

Ich wünsche den kostenlosen Bezug einer der folgenden wissenschaftlichen Fachzeitschriften im Wert > 170 EUR/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.).

- NERFAX-Teilnahme gewünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

– Für den BDN und BVDP obligatorisch –

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

Konto-Nr.: _____

Geldinstitut: _____ BLZ _____

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

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

Depressionen bei Männer oft erst spät erkannt

➔ Laut Studien erkranken Frauen zwei- bis dreimal häufiger an Depressionen als Männer. Geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen außer bei der Prävalenz auch bei der Symptomatik. Männer kompensieren depressive Stimmungen häufig durch aggressives und feindseliges Verhalten und nehmen professionelle Hilfe viel zu spät in Anspruch. Depressive Männer werden aufgrund ihrer externalisierenden Copingstrategien häufig zunächst nicht als solche erkannt, sagte Privatdozentin Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler aus München bei einer Veranstaltung des Unternehmens Lundbeck in Hornbach. Während bei Frauen Belastungen aus sozialen Beziehungen gehäuft zu Depressionen führen, wird bei Männern das Risiko für Depressionen vor allem durch Belastungen aus der Berufswelt gefördert. Kombinationen von hohen Anforderungen und geringer Kontrolle sowie von hoher Verausgabung und geringer Belohnung korrelieren besonders oft mit psychischen Störungen, berichtete Möller-Leimkühler. Typisch für depressive Männer sei zum Beispiel geringe Stresstoleranz und Impulskontrolle, Ruhelosigkeit, Unzufriedenheit und antisoziales Verhalten, außerdem Ablehnen von Hilfe, Selbstkritik und Versagensangst. Oft werden auch andere



© Archiv

für eigene Probleme verantwortlich gemacht, die Personen ziehen sich sozial zurück, geben dies aber nicht zu. Es sei eine Herausforderung für die Psychiatrie, depressive Männer anhand erweiterter Diagnosekriterien frühzeitig zu identifizieren und einer adäquaten Behandlung zuzuführen, so die Sozialwissenschaftlerin. Auch bei der Wirksamkeit von Therapien gibt es Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Allerdings steht die Forschung hier erst am Anfang. Männer scheinen etwas schlechter als Frauen auf moderne Antidepressiva anzusprechen und Frauen

profitieren eindeutig stärker von einer Gruppenpsychotherapie, sagte Möller-Leimkühler. Erste Belege gibt es für positive Wirkungen von Meditation. Vor allem die Kombination von Meditation und kognitiver Therapie kann depressive Symptome verringern – bereits bei kurzfristiger Intervention. Es gibt Hinweise, dass Meditation kurz- und langfristig zu neurobiologischen Veränderungen im Gehirn führt. **rf**

**6. Lundbeck Dialog ZNS,
Hornbach, 22. August 2007
Veranstalter: Lundbeck, Hamburg**

Aktuelles vom APA: Modernes Neuroleptikum für effektive Schizophrenietherapie

➔ Ziprasidon (Zeldox®) stellt eine wichtige Erweiterung in der medikamentösen Behandlungspalette psychotischer Erkrankungen wie der Schizophrenie oder den schizoaffektiven Störungen dar. Das moderne atypische Neuroleptikum hat seit seiner Einführung vor allem durch ein gutes Wirksamkeits- und Verträglichkeitsprofil überzeugt. Dies gilt besonders hinsichtlich der Negativsymptomatik, die eine vollständige soziale Integration der betroffenen Schizophrenie-Patienten erheblich erschweren kann. Was die Verträglichkeit betrifft, so muss der Patient bei der Ziprasidon-Einnahme nicht mit den ansonsten vielfach auftretenden metabolischen Problemen wie deutliche Gewichtszunahme, Blutzuckererhöhung und Dyslipidämien rechnen. Diese meta-

bolischen Vorteile wurden nun in weiteren Studien erneut bestätigt. Die Ergebnisse wurden auf dem Kongress des American Psychological Association (APA) Ende Mai in San Diego mit großem Interesse aufgenommen. In einer Studie mit Patienten, die unter Schizophrenie oder schizoaffektiven Störungen leiden, verglichen Stahl und Kollegen die beiden Medikamente Ziprasidon und Haloperidol [Stahl et al. Poster NR 515, APA, San Diego 2007]. Die Untersuchung belegt – wie zuvor schon andere Studien – die gute Wirksamkeit von Ziprasidon in der Dosis von 80 bis 160 mg (2 x tgl.) gegenüber Haloperidol, was die Besserung der Negativsymptomatik und die Verbesserung der Lebensqualität betrifft. So war nicht nur die Wahrscheinlichkeit, eine Remission be-

züglich der Negativsymptomatik zu erreichen, unter Ziprasidon deutlich höher als unter Haloperidol. Die Patienten kamen auch deutlich häufiger zu einer anhaltenden Verbesserung ihrer Lebensqualität in der Langzeitbehandlung. In einer Metaanalyse von vier Plazebo-kontrollierten klinischen Studien zeigte sich zudem, dass sich Ziprasidon im Gegensatz zu anderen atypischen Neuroleptika stoffwechselfreundlich verhält, wobei dieser positive Effekt nicht von der Dosis abhängig ist [Folks et al. Poster NR 512, APA, San Diego 2007]. Von diesem Vorteil profitieren die hinsichtlich der Compliance oft sehr schwierigen Patienten in ganz besonderem Maße.

Nach Informationen von Pfizer, Karlsruhe

Sinnvolle Kombination zweier Wirkprinzipien

➔ Für die medikamentöse Therapie der Alzheimer-Demenz zugelassen sind bislang Acetylcholinesterase (AChE)-Hemmer und der NMDA-Rezeptor-Antagonist Memantine. Ihre Wirksamkeit entfalten diese Therapien auf unterschiedlichem Wege: Zum einen durch eine Abbauhemmung des Neurotransmitters Acetylcholin, zum anderen durch eine verbesserte Signaltransduktion beziehungsweise Signalerkennung an den glutamatergen Rezeptoren. Memantine (Axura®) verhindert die durch chronisch erhöhte Glutamatkonzentrationen induzierte pathologische Aktivierung der NMDA-Rezeptoren.

Bei einem Satellitensymposium auf dem 80. Kongress der DGN hat der Berliner Neurologe Prof. Matthias Riepe darauf hingewiesen, dass sich durch die Kombination der beiden Wirkprinzipien sehr wohl addi-

tive Effekte erzielen lassen. Ergebnisse klinischer Studien haben so gezeigt, dass bei Patienten, die bereits auf einen AChE-Inhibitor stabil eingestellt waren, unter der Zugabe von Memantine zusätzliche Effekte auf das kognitive Leistungsniveau zu beobachten waren. Auch auf die mittels NPI-Score bewerteten Verhaltensstörungen entfaltete die Kombinationsbehandlung nach den Worten Riepes additive Effekte. Sowohl beim Einsatz von AChE-Hemmern als auch dem von Memantine handelt es sich um evidenzbasierte Therapiestrategien, die nach den Empfehlungen nationaler wie internationaler Fachgesellschaften bei all jenen Patienten zum Einsatz kommen sollten, die hinsichtlich ihres kognitiven Leistungsniveaus im Zielkorridor der Zulassungsbedingungen liegen. So lange dies der Fall ist, sollte die Behandlung

auch fortgesetzt werden. Tatsächlich werden Alzheimer-Patienten in der Praxis aber selten länger als ein halbes Jahr mit Antidementiva behandelt.

Bei den heutzutage unerlässlichen Nutzenabwägungen einer Therapie ist die sehr gute Verträglichkeit von Memantine nach Einschätzung von Prof. Lutz Frölich, Mannheim, ein „großes Plus“ dieser Substanz. Tatsächlich brachen in den Zulassungsrelevanten plazebokontrollierten Doppelblindstudien mehr Plazebopatienten die Therapie ab als Verumpatienten. **lr**

**Satellitensymposium „Alzheimer-Demenz – Status Quo in Diagnostik und Therapie“
Berlin, 14. September 2007
Veranstalter: Merz, Frankfurt**

Dopamin-Blockade steigert das Alkoholverlangen

➔ Alkoholmissbrauch führt zu Veränderungen fast aller Transmittersysteme und zu einer erhöhten Ausschüttung von Dopamin. Das Alkoholverlangen steigt bei einer Downregulierung der Dopamin-D2-Rezeptoren. Dies sollte auch bei einer Neuroleptikatherapie berücksichtigt werden. Rund 10 % der Schizophrenie-Patienten sind alkoholabhängig, berichtete Prof. Andreas Heinz aus Berlin bei den 11. Bad Homburger ZNS-Gesprächen. Bei Behandlung mit Neuroleptika, die die D2-Rezeptoren blockieren, ist mit einer Zunahme des Alkoholkonsums zu rechnen. „Je weniger Dopamin-Rezeptoren vorhanden sind, desto stärker ist das Alkoholverlangen.“

Dopamin wird immer ausgeschüttet, wenn „wir uns um etwas Bemühen oder im Gefühl der Vorfreude sind“, so Heinz. Bei einem Genussmenschen kann dies zum Beispiel der Moment sein, wenn eine Weinflasche geöffnet wird. Bei einem Alkoholabhängigen wird massiv Dopamin ausgeschüttet. Diese intensive Stimulation löst dann nicht mehr Genuss, sondern Begierde aus.

Das dopaminerge System spielt auch bei der Alkoholentwöhnung eine große Rolle. In der frühen Phase der Abstinenz werden die D2-Rezeptoren im ventralen Striatum runterreguliert. Als Folge davon steigt das Alkoholverlangen. Es geht in dieser Phase

darum, dass die Alkoholabhängigen etwas anderes als Belohnung finden als Alkohol, sagte Heinz. Psychotherapeutische Kontakte seien besonders wichtig und könnten durch den Gebrauch von Medikamenten nicht ersetzt werden. Das Anticraving-Mittel Acamprosat hilft nach der Erfahrung des Psychotherapeuten nur etwa 20 % der Alkoholabhängigen, wobei der Placeboeffekt einen Anteil von etwa 10 % hätte. Ähnlich gering sei die Erfolgsquote beim Einsatz von Naltrexon. Bei Alkoholabhängigen ist auch die Aktivität des Opiatsystems er-

höht, betonte Heinz. Die erhöhte Verfügbarkeit von μ -Opiatrezeptoren im ventralen Striatum korreliert mit dem Alkoholverlangen. Durch Kombination von Acamprosat und Naltrexon kann der Erfolg einer Alkoholentwöhnung auf 50 % erhöht werden, so Heinz. Erreicht werden könne dies aber auch durch eine gute Psychotherapie. **rf**

**11. Bad Homburger ZNS-Gespräche
Bad Homburg, 8. September 2007
Veranstalter: Lilly Deutschland**



© Archiv

Nur Ihr Urteil bringt uns weiter!

**Wir wollen mehr
Informationsqualität
für Sie.**

Helfen Sie mit, damit Ihnen weiterhin eine gute Fachpresse und ein optimales Informationsangebot zur Verfügung stehen.

In diesen Monaten befragt die Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V. Sie und Ihre Kollegen zum Leseverhalten und zu Ihren Präferenzen in der Fachpresse.

NEUROTRANSMITTER

LA-MED

Donepezil – Als symptomatische Therapie der Alzheimer-Erkrankung unerlässlich

➔ In den Forschungslabors der Pharmaindustrie wird intensiv nach kausalen Therapiestrategien gesucht. Bei all diesen Ansätzen wie Sekretase-Hemmer, Beta Sheet Breaker, Impfungen oder antiinflammatorischen Strategien geht es darum, das Amyloid Peptid zu reduzieren, erklärte Prof. Klaus Fassbender, Homburg/Saar. Die klinische Anwendbarkeit derartiger Substanzen bei der Alzheimer-Erkrankung wird aber noch einige Zeit auf sich warten lassen.

Umso mehr besteht der Bedarf an einer symptomatischen Behandlung mit bewährten Mitteln wie dem seit mittlerweile zehn Jahren in Deutschland zugelassenen Acetylcholinesterase-Hemmer Donepezil (Aricept®). Die Wirkung der Substanz ist in einer ganzen Reihe von Studien immer wieder belegt worden. Beispielhaft verwies Fassbender auf eine Untersuchung

von Rogers [Rogers et al. Neurology 1998; 50: 136–45] über 24 Wochen. Diese zeigt nach einer gewissen Stabilisierung des Verlaufs eine moderate, aber gegen Placebo signifikante Verbesserung des ADAS-cog.

In einer Cochrane-Analyse aus dem vergangenen Jahr wurden 23 Studien mit über 5.200 Patienten mit milder, mittelschwerer oder schwerer Alzheimer-Erkrankung ausgewertet. Die Autoren kamen dabei zu dem Schluss, dass Donepezil einen Nutzen für die Kognition (im Mittel 3 Punkte auf der ADAS cog-Skala, 1 bis 2 Punkte im Mini-Mental-Status) besitzt und positive Effekte hinsichtlich der Alltagsfunktionen, im Verhalten und bei den neuropsychiatrischen Störungen aufweist. Den Wert dieser Substanz bestätigte auch das IQWiG. In seinem Abschlussbericht vom Februar diesen Jahres bescheinigt es einen Nutzen hinsicht-

lich Kognition bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Erkrankung. Außerdem, so das IQWiG, gebe es Hinweise auf Effekte bezüglich der Aktivitäten des täglichen Lebens. **mb**

Satelliten-Symposium „Halt geben bei Demenz“ anlässlich des 80. Kongresses der DGN Berlin, 13. September 2007
Veranstalter: Eisai, Frankfurt, und Pfizer GmbH, Karlsruhe

Langzeitprophylaxe bei Depression: Behandeln, obwohl es dem Patienten gut geht

➔ „Ich werde wieder krank“ – das sei die prägende Lebenserfahrung vieler depressiver Patienten gewesen, die er über 20 Jahre lang behandelt habe, sagte Dr. Gerhard Roth, niedergelassener Neurologe und Psychiater aus Ostfildern. „Mit der Langzeitprophylaxe können sie jetzt davon ausgehen, dass sie gesund sind und ihr Leben danach ausrichten – nicht nach der Krankheit.“ Tatsächlich erleidet die Hälfte aller Patienten mit Major-Depression nach der ersten Episode ein Rezidiv, mehr als ein Drittel bereits innerhalb des ersten Jahres. Und mit jedem weiteren Rezidiv steigt das Rückfallrisiko: auf 70% nach der zweiten und 90% nach der dritten Episode. Es drohen Therapieresistenz und chronisch progrediente Verläufe. Die Langzeittherapie kann dies verhindern.

Mit den Ergebnissen der PREVENT-Studie liegen erstmals Daten vor, die den Benefit der Langzeittherapie mit Venlafaxin retard (Trevilor® retard) für die Rückfallprävention demonstrieren: Lediglich 8% betrug das Rezidivrisiko nach zwei Jahren Rezidivprophylaxe mit dem selektiven Serotonin-Nora-

drenalin-Wiederaufnahmehemmer (sSNRI). Eingeschlossen in die randomisierte, doppelblinde und placebokontrollierte Multicenterstudie waren 1.096 ambulante Patienten, über 18 Jahre alt und mit mindestens zwei Episoden einer schweren Depression in den vorausgegangenen fünf Jahren. Nach zehnwöchiger Akut- und sechsmonatiger Fortsetzungsphase mit Venlafaxin wurden alle Patienten, die nicht auf die Therapie mit dem sSNRI ansprachen, ausgeschlossen. Die Responder erhielten entweder weiterhin Venlafaxin oder Placebo. Nach einem Jahr Erhaltungsphase waren 77% der Verumgruppe noch gesund, 58% in der Placebogruppe. Nach erneuter Randomisierung in Verum und Placebo ergab sich am Ende des zweiten Jahres eine Rückfallprävention unter Venlafaxin von 92% versus 55% für Placebo.

Diese Daten belegten den Wert der Langzeittherapie, erklärte Roth. Dabei sollte sich an die Akut- eine Erhaltungsphase von etwa sechs Monaten anschließen, die spätestens nach einer zweiten Episode auf vier oder fünf Jahre auszudehnen sei und in

bestimmten Fällen lebenslang dauern könne. „Von diesem Konzept müssen wir den Patienten jedoch erstmal überzeugen, dem es nach der Akuttherapie in der Regel ja wieder gut geht und der eine Weiterbehandlung häufig ablehnt“, fuhr Roth fort. Mit Venlafaxin retard stehe ein für die Erhaltungstherapie zugelassenes Antidepressivum zur Verfügung, das aufgrund seiner geringen Nebenwirkungen einen günstigen Einfluss auf die Therapietreue habe. **koc**

Pressegespräch „Chronische Depression: Compliance steigern – Rezidive vermeiden“
Hamburg, 30. August 2007
Veranstalter: Wyeth Pharma, Münster

Mindestens einmal im Leben vollständige Demenz-Diagnostik

➔ Mindestens einmal im Leben haben Demenz-Patienten das Recht auf eine komplette neurologische Diagnostik inklusive moderner Bildgebung, Liquordiagnostik etc. Diese Forderung hat der Berliner Neurologe Prof. Karl Einhäupl vor allem damit begründet, dass es eine ganze Reihe von Demenzformen gibt, die sich sehr gut behandeln lassen – sofern sie denn nur erkannt werden. Als Beispiele dafür hat Einhäupl bei einem Satellitensymposium in Berlin, die Hashimoto-Enzephalopathie und den Normaldruckhydrozephalus angeführt. An die gehäuft bei Frauen und in jedem Lebensalter auftretende Hashimoto-Enzephalopathie sollte dann gedacht werden, wenn sich demenziellen Symptomen Tremor, Myoklonien und epileptische Anfälle hinzugesellen. Diagnostisch wegweisend

ist in diesen Fällen der Nachweis von Thyreoidea-Peroxidase- oder Thyreoglobulin-Antikörpern. Werden diese Patienten einer Steroid-Therapie zugeführt, tritt zumeist schon binnen weniger Tage eine deutliche Besserung ein. Bei der Symptomen-Trias Demenz, Inkontinenz und Gangstörung steht in jedem Fall die Verdachtsdiagnose „Normaldruckhydrozephalus“ im Raum. Bestätigt sich die Diagnose im Kernspin, kann hier schon eine großzügige Liquorpunktion wahre Wunder bewirken.

Keine therapeutischen Wunder sind bislang bei Patienten mit Alzheimer-Demenz zu erwarten. Jedoch gibt es auch bei diesen keinen Grund zu therapeutischem Nihilismus, findet der Heidelberger Alzheimer-Forscher Prof. Konrad Beyreuther. Zu achten ist vor allem auf einen rechtzeitigen Be-

handlungsbeginn. Anhand einer klinischen Studie mit dem Acetylcholinesterase-Hemmer Galantamin (Reminyl®) machte Beyreuther deutlich, dass sich das Versäumnis eines rechtzeitigen Therapiebeginns im nachhinein nicht mehr kompensieren lässt. Zwar profitieren die Patienten auch bei einem späteren Therapiebeginn noch von dieser symptomatischen Behandlung. Das Leistungsniveau der bereits unverzüglich behandelten Patienten erreichen sie aber nicht mehr. **lr**

„Dinnersymposium Demenz“
Berlin, 14. September 2007
Veranstalter: Janssen-Cilag, Neuss

Duloxetine stärkt die endogene Schmerzhemmung

Schmerzen infolge einer Polyneuropathie können bei Typ-2-Diabetikern die Lebensqualität erheblich einschränken. Für die Therapie empfehlen die aktuellen Leitlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft das Antidepressivum Duloxetine (Cymbalta®). Der selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) stärkt die beiden für die endogene Schmerzkontrolle wichtigen Neurotransmittersysteme in gleichem Maße, so PD Dr. Michael Überall, Nürnberg. Unabhängig von der antidepressiven Wirkung der Substanz komme es schon nach drei bis vier Tagen zu einer deutlichen Schmerzlinderung. In placebokontrollierten Studien bei Typ-1- und Typ-2-Diabetikern mit schmerzhaften peripheren Neuropathien wurde bei der Hälfte der Patienten eine 50%-ige Schmerzreduktion erreicht, die über die gesamte Studiendauer von zwölf Wochen anhält. Die Wirksamkeit des SSNRI ist laut Überall mit der trizyklischen Antidepressiva vergleichbar. Duloxetine sei allerdings deutlich besser verträglich. Die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) hätten dagegen wegen des fehlenden Effekts auf den noradrenergen Teil des endogenen antinozizeptiven Systems keine analgetische Wirkung.

Therapieerfolg durch langwirksames Atypikum

➔ Etwa die Hälfte der Schizophrenie-Patienten bricht im ersten Behandlungsjahr die medikamentöse Behandlung ab. Zwar stehen mit den atypischen Neuroleptika seit langem Substanzen zur Verfügung, bei denen extrapyramidal motorische Störungen oder irreversible Spätdyskinesien nicht mehr zu den typischen Nebenwirkungen zählen, jedoch ist das Problem der Non-Compliance immer noch der größte Prädiktor für ein späteres Rezidiv. Je länger die Dauer einer unbehandelten Psychose (DUP) anhält, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit einer Remission, so Prof. Dieter Naber, Hamburg.

Mit Risperdal® Consta® steht das erste Depotpräparat (Long-acting-Substance) eines atypischen Neuroleptikums zur Verfügung. Naber machte darauf aufmerksam, dass bei dieser Applikationsform – 25 bis 50 mg als vierzehntägige Injektionen – die Non-Compliance sehr schnell für den behandelnden Arzt ersichtlich wird und dieser sofort intervenieren kann. Neben dem engeren Arzt-Patienten-Verhältnis, besteht ein weiterer Vorteil darin, dass die gleichmäßigeren Plasmaspiegel zu weniger Nebenwirkungen führen. Das Präparat hat sich gerade in der Behandlung von Ersterkrankten, bei denen die Krankheitsein-

sicht gering ist, als wirksame Therapieoption bewährt.

PD Dr. Stefan Leucht, München, wies darauf hin, dass bis vor kurzer Zeit keine einheitlichen Kriterien für eine Remission der Patienten existierten. Im Jahr 2005 publizierte eine Expertengruppe neue Remissionskriterien [Andreasen et al, 2005]. Dabei wurde die Remission definiert, wenn die acht folgenden Items der „Positive and Negative Syndrome Scale“ (PANSS) jeweils nur mit maximal drei Punkten bewertet wurden: Wahn, Halluzination, ungewöhnliche Denkinhalte, formale Denkstörung, Manierismen/Positur, Affektverflachung, sozialer Rückzug und mangelnde Spontaneität/gestörter Sprachfluss. Die geringe Ausprägung dieser Symptome muss für mindestens sechs Monate vorliegen. Leucht betonte, dass mit diesen Kriterien eine einheitliche Bewertung einfach vorzunehmen und der Vergleich unterschiedlicher Antipsychotika möglich ist. **af**

Pressekonferenz: „Therapiestabilität in der Schizophreniebehandlung: Langwirksames Risperidon in der Frühphase der Erkrankung“
Freising, 12. September 2007
Veranstalter: Janssen-Cilag, Neuss

Neues Wirkprinzip von Johanniskraut entschlüsselt

➔ Mit der Fluoreszenz-Korrelations-Spektroskopie (FCS) ist es seit einigen Jahren möglich, molekulare Interaktionen auf zellulärer Ebene zu verfolgen. Dank dieser Methode gelang es jetzt, einem neuen Wirkmechanismus von Johanniskraut auf die Spur zu kommen. In Untersuchungen an lebenden Zellen konnte gezeigt werden, dass Hyperforin und Hyperosid – zwei Inhaltsstoffe des Johanniskrauts – direkt an der Postsynapse angreifen und dort zu einer effektiven Herunterregulierung des α -adrenergen Rezeptors führen. Dies geschieht, ohne dass es einer präsynaptischen Reizung und der anschließenden Wiederaufnahmehemmung von zuvor freigesetzten Signalmolekülen bedarf [Prenner L et al, *Biochemistry* 2007; 46 (17): 5106–13]. „Für uns war das eine kleine Sensation, dass die Johanniskraut-Inhaltsstoffe – im Gegensatz

zu modernen synthetischen Antidepressiva – diese ganzen präsynaptischen Mechanismen nicht benötigen, um eine Rezeptor-Downregulation zu vermitteln“, berichtet Prof. Hanns Häberlein vom Institut für Physiologische Chemie der Universität Bonn. Bestandteil der Untersuchungen waren zwei Inhaltsstoffe des hochdosierten Hypericum-Extraktes Laif® 900.

Ein Vorteil dieses postsynaptischen Ansatzes ist die Reduktion unerwünschter Arzneimittelwirkungen, denn das präsynaptische Geschehen, das bei synthetischen Antidepressiva für die Rezeptoren-Downregulation erforderlich ist, initiiert nicht nur die Wirkung – es führt auch zu einem Großteil der Nebenwirkungen.

Nach Informationen von Steigerwald Arzneimittelwerk, Darmstadt

Retardiertes MPH auch unter Routinebedingungen gut wirksam

➔ Signifikant besser als Placebo und ebenso effektiv wie die Zweimalgabe – die gute Wirksamkeit und Verträglichkeit des Methylphenidat-Präparats Medikinet® Retard in der Therapie des ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom) wurde bereits 2003 und 2004 durch zwei Vergleichsstudien [beide Döpfner et al.] unter Laborschulbedingungen und im realen Schul- und Familienalltag nachgewiesen. Eine dritte Studie, die jetzt zur Veröffentlichung eingereicht wurde, stellte Prof. Manfred Döpfner, Universitätsklinik Köln, in Würzburg vor. Die offene multizentrische Beobachtungsstudie mit ADHS-Patienten im Alter zwischen sechs und 17 Jahren bestätigte, dass das Medikament auch unter Routinebedingungen effektiv ist.

467 Kinder und Jugendliche aus 145 Zentren – ein Zehntel noch ohne jegliche medikamentöse Therapie, alle anderen mit verschiedenen kurz- und langwirksamen MPH-Präparaten vorbehandelt – bei denen eine Therapieumstellung geplant war, erhielten Medikinet® Retard. Der Switch führte im Urteil der Ärzte, Eltern und Lehrer zu einer

signifikanten Symptomreduktion: Bei 66 % konnte im Vergleich zur Vorbehandlung eine moderate bis starke Verbesserung der ADHS- und ODD-Symptomatik (opposite defiant disorder, oppositionelle Verhaltensstörung) erreicht werden, bei 71 % zeigten sich keine oder nur noch geringe Symptome der Erkrankung. Auch die Verträglichkeit war gegenüber der Ersttherapie verbessert. Die Hartkapsel Medikinet® Retard enthält MPH je zur Hälfte in schnell freigesetzter Form, die zu einem steilen Anstieg des Wirkstoffs innerhalb von 30 Minuten führt, und in verzögert freigesetzter Form, die einen zweiten Anstieg nach zirka drei Stunden bewirkt. Die Wirkdauer wird mit acht Stunden angegeben und deckt somit den Schultag eines Kindes bis in den Nachmittag hinein gut ab. **koc**

**Satelliten-Symposium „Treatment of ADHD from childhood to adulthood“, im Rahmen des 39th Danube Symposiums and 1st International Congress on ADHD, Würzburg, 4. Juni 2007
Veranstalter: Medice, Iserlohn**