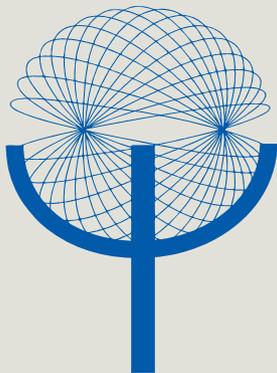


2 November 2008 _ 19. Jahrgang

NEUROTRANSMITTER

Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie aktuell

BVDP-Sonderheft
DGPPN-Kongress 2008



Auf zu neuen Ufern



Zertifizierte Fortbildung

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



»Die jetzige Gesundheitsreform setzt sich zum Ziel, auch die Einnahmesituation des Gesundheitswesens zu verbessern.«

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

Jahrhundert-Entwicklung

Liebe und sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

während wir uns dieses Jahr auf dem DGPPN-Kongress wieder treffen, geschieht die gewaltigste Umstrukturierung im deutschen Gesundheitswesen seit der Einführung der Reichsversicherungsordnung RVO im Jahre 1911. Zentrale Errungenschaft war damals eine gesetzliche Krankenversicherung für jeden Erwerbstätigen und für die von seinem Einkommen abhängigen Familienangehörigen sowie eine Renten- und Unfallversicherung. Zunächst schloss jede Krankenkasse Einzelverträge mit Ärzten und Krankenhäusern. Dies führte zu zunehmenden Konflikten der abhängigen Ärzteschaft mit den Krankenkassen, zu einem Generalstreik der Ärzte und schließlich 1931 zur Gründung der Ärztlichen Selbstverwaltung mit Einrichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) als Gegengewicht zu den Krankenkassen. Von da an verhandelten die KVen für alle Ärzte kollektiv die Verträge mit den Krankenkassen.

Nach dem 2. Weltkrieg – es herrschte Vollbeschäftigung und Wachstum – waren die Sozialkassen zunächst voll. Es war zum Teil sogar mehr Geld da, als für die medizinische Versorgung der Bevölkerung verbraucht wurde. Die Psychiatrie-Enquete von 1975 verbriefte den psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen einen gewissen Standard an Personalbestand, was der Entwicklung des stationären psychiatrischen Sektors deutlichen Vorschub leistete. Im Weiteren vervielfachte sich die Zahl der niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater. Jedoch bereits Ende der 1980er-Jahre des vorigen Jahrhunderts zeigten sich erste Schwächen des an die Lohnnebenkosten gekoppelten Sozialstaates. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen überstiegen zunehmend die Einnahmen. Die Kostendämpfungsgesetze der 1990er-Jahre und die späteren Gesundheitsreformen mit dem zentralen Ziel einer Mengensteuerung und Ausgabenbegrenzung brachten die KVen zunehmend in die Rolle der Mangelverwaltungsstrategen. Die Rufe nach Systemausstieg und Zerschlagung der KVen wurden nicht nur in der Politik, sondern auch in der niedergelassenen Ärzteschaft immer lauter. Auch in den Krankenhäusern regierte zunehmend der Spardruck. Die Vorgaben der Enquete wurden immer we-

niger erfüllbar. Beides war umso tragischer für die gesamte psychiatrische Versorgung, da das medizinische Fach Psychiatrie und Psychotherapie sich gerade in dieser Zeit wissenschaftlich, methodisch und therapeutisch kompetent weiterentwickelte, jedoch mit anderen medizinischen Innovationen um die Ressourcen konkurrieren musste.

Seit 1991 leben wir mit der sogenannten „gedeckelten Gesamtvergütung“. Das heißt, dass die Ärzteschaft das Risiko von Mehrausgaben durch die demografische Entwicklung sowie den medizinischen Fortschritt trägt. Die jetzige Gesundheitsreform setzt sich zum Ziel, auch die Einnahmesituation des Gesundheitswesens zu verbessern. Die Gesamtvergütung ist nur noch zum Teil gedeckelt, ein restlicher Teil wird morbiditätsbedingt steigen können. Seit 1991 kamen für 2009 erstmals 2,7 Milliarden Euro „frisches Geld“ ins ambulante System. Zusätzlich sollen auch die Krankenhäuser in 2009 drei Milliarden Euro mehr bekommen. Im ambulanten Sektor ist es wieder einmal unklar, ob und vor allem wo sich die Finanzspritze tatsächlich in einer besseren Versorgung niederschlagen wird. Der Hauptteil des Geldes wird in die neuen Bundesländer fließen. Wie es tatsächlich aussieht, werden wir wahrscheinlich erst nach dem ersten Quartal 2009 wissen.

Ihre



»Lesen Sie, durch welche Maßnahmen und Vorschläge die Berufsverbände für ihre Mitglieder das weitere Bestehen des psychiatrisch-psychotherapeutischen und nervenärztlichen Versorgung sichern wollen.«

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

Orientierungshilfe im Reformdschungel

Das diesjährige NEUROTRANSMITTER-Sonderheft zum DGPPN-Kongress beschäftigt sich sowohl mit drängenden berufspolitischen Fragen als auch mit der Geschichte und Zukunft unseres Fachs. Gleich zwei Beiträge geben einen Einblick in die neusten Therapieansätze in der Behandlung der Alzheimer-Krankheit. Gleichzeitig werfen wir einen Blick zurück auf einen der Gründerväter der wissenschaftlichen psychiatrischen Diagnostik und Therapie, Emil Kraepelin.

Durch die Gesundheitsreform wird sich im Jahr 2009 gerade auf dem ambulanten Sektor viel verändern. Wir beleuchten, welche Neuerungen anstehen und welche Auswirkungen sie auf unsere Arbeit haben. In verschiedenen Beiträgen verfolgen wir die Entwicklung der vertragsärztlichen Vergütung und analysieren die neuesten Ergebnisse der Versorgungsforschung in unserem Fachgebiet. Wir gehen auch der Frage nach, ob das Ende der Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei den Arzneimittelverordnungen ansteht.

Ein Teil des Sonderheftes widmet sich den Berufsverbänden BVDN und BVDP und stellt ihre strategische Ausrichtung vor. Lesen Sie, durch welche Maßnahmen und Vorschläge die Berufsverbände für ihre Mitglieder das weitere Bestehen der psychiatrisch-psychotherapeutischen und nervenärztlichen Versorgung sichern wollen. Einmal mehr werben wir für Netzwirkbildungen und neue Vertragsformen im Rahmen der in-

tegrierten Versorgung oder der speziellen fachärztlichen Versorgung nach § 73c.

Sie werden diese Sonderausgabe des NEUROTRANSMITTER sicher in den kommenden Wochen und Monaten immer wieder zur Hand nehmen und als Nachschlagewerk beziehungsweise Orientierungshilfe im Dschungel der Veränderungen nutzen.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr



Auf zu neuen Ufern

... so das Motto dieser Ausgabe. Es weist darauf hin, dass der Wandel in den Fachgebieten Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie zügig voranschreitet. Neue Versorgungsstrukturen wurden implementiert, Netzwerke gegründet und über eine angemessenere Vergütung wird momentan verhandelt. Noch sind nicht alle Klippen umschifft, doch das Land ist in Sicht.

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 Entwicklungen in der Therapie

11 Immunisierungsstrategien bei neurodegenerativen Erkrankungen

18 Neue Forschungsansätze in der Demenzbehandlung

23 Emil Kraepelin – Visionen, Verirrungen und Verdienste

32 Versorgung und Vergütung

33 Medizin statt Ideologie

39 Weiterentwicklung von EBM und HVV

41 Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ

43 Wie gut ist die ambulante psychiatrische Versorgung?

**47 Interview mit Dr. C.-H. Müller, KBV Berlin
Gehören Regresse bald der Vergangenheit an?**

48 Strategische Perspektiven

49 Netzwerkbildung

53 Young Psychiatrists Program 2008

54 Athene Akademie

58 Kooperation mit Einkaufsplattform

60 Neues DGPPN-Zertifikat

61 Stärkung der Fachidentität

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, Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld
Tel.: 02151 4546920, Fax: 02151 4546925, E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

Schriftleiter: PD Dr. med. Albert Zacher (az) (verantw.), 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 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Medizin-Verlag GmbH, Heidelberg. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Medizin Verlag GmbH ist die Springer-Verlag GmbH mit einer Beteiligung von 100%. Die Springer-Verlag GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Science + Business Media Deutschland GmbH. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Science + Business Media Deutschland GmbH ist die Springer Science + Business Media Netherlands B.V., die 100% der Anteile hält. Die Springer Science + Business Media Netherlands B.V. ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Science+ Business Media Finance S.ä.R.L.

Geschäftsführer: Ulrich Huber, Dr. med. 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; Sebastian Lux (-1444); Kathrin Rothfischer (-1406);
Monika Hartkopf (MHa, Chefin vom Dienst, -1409)

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. 12 vom 1.10.2008

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: 20,50 EUR. Jahresabonnement: 188,40 EUR. Für Studenten/AIP: 132 EUR. Versandkosten jeweils: Inland 23 EUR, Ausland 28 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 2008

- 62 Kommunikation
- 63 Präsenzer im Netz
- 64 Praxis-Homepage bei NPIN
- 65 Lesen, lernen, diskutieren
- 66 Patientenfernsehen ZNS TV

- 9 Impressum
- 70 Verbandsservice BVDN/BDN/BVDP
- 73 Pharmaforum

Wichtiger Hinweis!

Diese Ausgabe enthält auf S. 68 f. den Therapie Report Aktuell „Paliperidon ER“ – Teil 3“.

Wir bitten um Beachtung!

Entwicklungen in der Therapie

**Bei der Maus funktioniert die
Impfung gegen Alzheimer.
Warum beim Menschen nicht?**



Bild: milosluz_stockxpert

11 Immunisierungsstrategien bei neurodegenerativen Erkrankungen
Impfen gegen das Vergessen

18 Neue Forschungsansätze in der Demenzbehandlung
Neue Therapien sind absehbar

23 Emil Kraepelin – Visionen, Verirrungen und Verdienste
Wegbereiter der modernen Psychiatrie

IMMUNISIERUNGSSTRATEGIEN BEI NEURODEGENERATIVEN ERKRANKUNGEN

Impfen gegen das Vergessen

Eine Immunisierung gegen Alzheimer war im Mausmodell bereits erfolgreich. Die Hoffnung auf eine schnelle Umsetzung in eine Therapie beim Menschen hat sich jedoch zerschlagen. Mit verschiedenen Ansätzen versuchen Wissenschaftler die vielversprechende Strategie doch noch für den Menschen nutzbar zu machen.

Die Alzheimer-Erkrankung ist durch die extrazelluläre Akkumulation des Peptids Beta-Amyloid (A β) in Form amyloider Plaques charakterisiert. Über enzymatische Degradation, Phagozytose durch Mikroglia, aktiven Transport über die Blut-Hirn-Schranke und perivaskulären Abfluss mit der interstitiellen Flüssigkeit besteht ein Gleichgewicht zwischen A β -Produktion und A β -Elimination. Eine Störung dieses Gleichgewichts verursacht die intrazerebrale Akkumulation und Aggregation des A β -Peptids bei der Alzheimer-Erkrankung. Die Vorstufen amyloider Plaques, Oligomere und Protofibrillen des A β -Peptids, wirken neurotoxisch und hemmen in Tierversuchen synaptische Funktion und Gedächtnisleistung. Neue therapeutische Ansätze haben deshalb zum Ziel, die Aggregation des A β -Peptids entweder zu verhindern oder bereits bestehende Aggregate wieder aufzulösen.

A β -Peptid-Impfung

Die Wirksamkeit der prophylaktischen aktiven Immunisierung gegen A β wur-

de erstmals 1999 in Mausmodellen der Alzheimer-Krankheit nachgewiesen.

Wirkmechanismus: Gegen das A β -Peptid gerichtete Antikörper vermögen sowohl die Elimination von löslichem und aggregiertem A β -Peptid zu verstärken als auch die Aggregation des Peptids zu Protofibrillen zu inhibieren (s. Grafik).

— Phagozytose der Plaques durch Mikroglia

Peripher zirkulierende Antikörper können entweder über Blut-Hirn-Schranken-defiziente Regionen oder durch Transzytose in das Gehirn gelangen, um dort an amyloide Plaques zu binden. Die Antikörper-gebundenen Plaques werden von Mikrogliazellen phagozytiert. Insgesamt erreichen circa 0,1% der gesamten zirkulierenden Antikörper das Gehirngewebe.

— Auflösung durch Verschiebung des Gleichgewichts

Synthetische A β -Aggregate lassen sich in vitro durch Antikörper auflösen. Die Bindung von Antikörpern an amyloide

Plaques verschiebt das Gleichgewicht zwischen Vorstufen und Plaques in Richtung leichter degradierbarer Vorstufen.

— Neutralisierung des toxischen Effekts von Oligomeren

Im Tierversuch kann die durch intrahippokampale Injektion löslicher A β -Oligomere ausgelöste Beeinträchtigung der synaptischen Funktion durch vorherige passive oder aktive Immunisierung verhindert werden. Das spricht für einen neutralisierenden Effekt der Antikörper gegenüber der neurotoxischen Wirkung des oligomeren A β .

— Inhibition der Aggregation

Die Bindung von Antikörpern an A β inhibiert in vitro dessen Aggregation zu Oligomeren und Fibrillen. In vivo ließ sich durch prophylaktische aktive Immunisierung die Ablagerung amyloider Plaques in transgenen Mäusen verhindern. Der Plaque-reduzierende Effekt der Impfung war weniger ausgeprägt, wenn Tiere nach Beginn der Plaque-Ab-

lagerung geimpft wurden, was auf einen zusätzlich hemmenden Effekt der Antikörper auf die Aggregation des Peptids schließen lässt.

— Periphere Degradation

In verschiedenen Experimenten zeigten sich positive Effekte der Vakzinierung auf das Verhalten der geimpften Mäuse, ohne dass gleichzeitig die zerebrale Aβ-Konzentration abgenommen hätte. Diese Diskrepanz wird durch periphere Degradation von Aβ erklärt. Dabei sollen Antikörper als Capture-Antikörper peripher zirkulierendes Aβ binden, das dadurch verstärkt hepatisch abgebaut und dessen intrazerebraler Rücktransport über RAGE-Rezeptoren (receptor of advanced glycation end products) der Blut-Hirn-Schranke gehemmt wird.

Klinische Studien

Basierend auf dem Erfolg der tierexperimentellen Studien wurde im Jahr 2000 an insgesamt 80 Patienten mit sporadischer Alzheimer-Erkrankung eine placebokontrollierte Phase-I-Studie durchgeführt. Dabei wurden Patienten mit dem in Tierversuchen getesteten, aggregierten Aβ1–42 (AN1792) als Immunogen und QS21 als Adjuvans aktiv immunisiert. Nachdem die Patienten

der Phase-I-Studie vier Impfungen ohne schwerwiegende Nebenwirkungen erhalten hatten, begann 2001 eine Phase-IIa-Studie mit 372 Patienten, von denen 300 Verum und 72 Placebo erhielten. Die Studie wurde gestoppt, als 18 Patienten (6%) an einer T-Zell-Lymphozyten-dominanten Meningoenzephalitis erkrankten. Im Verlauf remittierten zwölf Patienten, während sechs dauerhafte neurologische Schäden beibehielten. Alle Studienteilnehmer des Verum-Arms hatten zu diesem Zeitpunkt zwischen einer und drei der geplanten sechs Impfungen erhalten. Man vermutet, dass die Meningoenzephalitis durch eine zelluläre Autoimmunantwort gegen autoreaktive T-Zell-Epitope im C-Terminus von Aβ1–42 ausgelöst wurde. Die Antikörper, die von den Teilnehmern beider Studien gebildet wurden, waren fast ausschließlich gegen nahezu identische Epitope des N-Terminus von Aβ gerichtet. Es fanden sich aber deutliche Unterschiede in der Aβ-spezifischen T-Zell-Antwort. Für die ersten fünf Vakzinierungen der Phase-I-Studie wurde QS21 als alleiniges Adjuvans verwendet, während bei der Phase-II-Studie zusätzlich Polysorbat 80 als Adjuvans gegeben wurde. Deshalb wurde vermutet, dass Polysorbat 80 die autore-

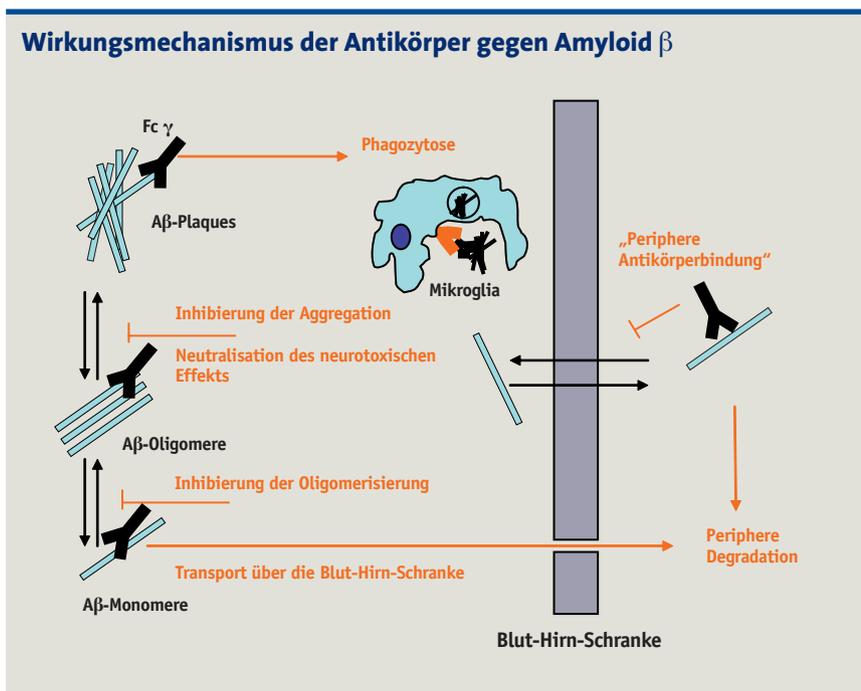
aktive T-Zell-Antwort induziert haben könnte.

Die Studienpatienten wurden über das vorzeitige Ende der Studie hinaus weiter beobachtet. 19,7% aller Patienten, die AN1792 erhalten hatten, wiesen eine Antikörperantwort mit Titern über 1 : 2.200 auf. Eine 2005 publizierte Analyse der kognitiven Funktion der Studienteilnehmer zeigte keinen Effekt der Immunisierung auf kognitive Parameter, jedoch eine leichte Verbesserung der Exekutivfunktion und Alltagsaktivitäten. Die Subgruppenanalyse eines einzelnen Zentrums ergab zwar Hinweise für eine Stabilisierung des kognitiven Status bei sechs Patienten mit hohen Antikörpertitern, allerdings zeigten Patienten ohne Immunantwort eine deutlich stärkere Verschlechterung ihrer kognitiven Funktionen als dies im natürlichen Verlauf zu erwarten gewesen wäre.

Die Liquoranalyse ergab keinen Unterschied der Aβ-Konzentration zwischen Patienten und Kontrollen, allerdings fiel ein niedrigerer Tau-Wert im Liquor auf. Aggregiertes Tau-Protein ist neben den amyloiden Plaques das zweite neuropathologische Kennzeichen der Alzheimer-Erkrankung und erhöhte Liquorkonzentrationen von Tau wurden mit der Erkrankung in Zusammenhang gebracht.

Die initial deutlich verminderten Hirnvolumina vakzinierter Patienten korrelierten mit der Höhe der jeweiligen Aβ-Antikörpertiter. Die Volumenreduktion wurde als Folge eines vermehrten Plaqueabbaus interpretiert und ließ sich 4,5 Jahre später nicht mehr nachweisen. Zu diesem Zeitpunkt lebten Patienten, die Antikörper gegen Aβ gebildet hatten, häufiger noch zu Hause als Patienten der Kontrollgruppe. Der gesamte klinische Abbau dieser Patientengruppe wurde als auf die Hälfte reduziert eingeschätzt, wobei neuropsychologische Tests von keinem der Patienten mehr bearbeitet werden konnten.

Die histopathologische Analyse von vier mittlerweile verstorbenen Patienten aus beiden Studien zeigte zum Teil freie kortikale Regionen, die das zweite pathologische Kennzeichen der Alzheimer-Erkrankung, die aus aggregiertem Tau bestehenden Neurofibrillären Tangles, enthielten. Ein Effekt auf die Gesamtanzahl der Tangles und auf das vaskuläre



Amyloid wurde nicht beobachtet. In der Nähe der Plaques konnte aktivierte Mikroglia als Zeichen einer immunvermittelten Phagozytose nachgewiesen werden.

In der insgesamt 18 Monate dauernden Phase-I-Studie zeigten 59% der geimpften Patienten eine Immunantwort, allerdings lagen die Titer im Bereich von 1:1.000. Die Patienten verfügten im Vergleich zu behandelten Kontrollen über eine statistisch signifikant bessere Alltagskompetenz (DAD-scale), allerdings ohne das Niveau gesunder Kontrollpersonen zu erreichen. Dies steht in Diskrepanz zu Immunisierungsversuchen in Mäusen, bei denen vakzinierter Tiere in Verhaltenstests kaum schlechter als unbehandelte Kontrollen abschnitten. Eine mögliche Erklärung hierfür könnten die niedrigen Antikörpertiter von 1:1.000 im Menschen im Vergleich zu Titern von 1:10.000 in immunisierten Mäusen sein.

Kürzlich wurden Ergebnisse einer histopathologischen Folgestudie publiziert, die zeigte, dass die Dichte amyloider Plaques in Autopsiehirnen immunisierter Patienten der AN1792-Studie mit 2,1% signifikant niedriger war als in nicht immunisierten Kontrollen, die eine

Dichte von 5,1% aufwiesen. Trotz der Tatsache, dass bei zwei der untersuchten Hirne eine nahezu vollständige Auflösung aller amyloiden Plaques beobachtet wurde, konnte keine erhöhte Überlebensrate oder eine verlängerte Zeitspanne bis zum Auftreten einer schweren Demenz nachgewiesen werden. Diese Daten bestätigen zwar einerseits die Wirksamkeit der Aβ-Immunsation auf die Plaque-Clearance, machen aber gleichzeitig auch die Notwendigkeit eines möglichst frühzeitigen Therapiebeginns deutlich.

Nachdem mehrere Patienten im Rahmen der AN1792-Studie an einer Meningoenzephalitis erkrankt waren, wurde nach neuen, aktiven und passiven Impfstoffen mit besserer Verträglichkeit gesucht. Untenstehende Tabelle gibt einen Überblick über aktuelle klinische Studien, in denen die Wirksamkeit Antikörper-vermittelter Effekte auf den Verlauf der Alzheimer-Krankheit untersucht wird.

Aktive Immunisierung

— Peptidimpfstoffe

Aufgrund der möglicherweise durch T-Zell-Epitope im Aβ-Peptid ausgelösten, autoreaktiven Immunantwort in der

AN1792-Studie basieren neuere Impfstoffe auf Fragmenten des Peptids, die keine T-Zell-Epitope enthalten. Humane T-Zell-Epitope befinden sich in der Region zwischen Aminosäure 16–33 des Aβ-Peptids, B-Zell-Epitope im N-terminalen Abschnitt. Ein N-terminales, an ein Trägerprotein gekoppeltes Aβ-Fragment (ACC-001) wird gerade in einer klinischen Phase-II-Studie getestet.

— Virale Impfstoffe

Virale Impfstoffe sind aufwendig herzustellen und bergen potenziell die Gefahr einer viralen Infektion oder Transformation. Der Vorteil von DNA-Impfstoffen besteht in ihrer kostengünstigen Gewinnung sowie relativen Sicherheit. DNA-Impfstoffe werden als Plasmid, das für ein Aβ-Fragment sowie ein sekretorisches Signal kodiert, intramuskulär appliziert. Das exprimierte Aβ wirkt nach Sekretion in den Extrazellulärraum als Immunogen. Eine Strategie zur Verstärkung der Immunantwort ist die Kopplung von Aβ-N-terminalen Fragmenten an unterschiedliche, immunogene Proteinträgermoleküle.

Passive Immunisierung

Die Wirksamkeit der passiven Immunisierung auf Plaques und Verhaltensauffälligkeiten wurde erstmals in transgenen Mäusen nachgewiesen. Die passive Immunisierung benötigt kein Adjuvans und ruft keine zelluläre Antwort hervor, sodass eine durch Aβ und/oder das verwendete Adjuvans bedingte, autoreaktive Th1-Typ-Antwort nicht zu erwarten ist. Im Falle unerwünschter Nebenwirkungen der Vakzinierung werden die applizierten Antikörper innerhalb weniger Monate vollständig vom Körper eliminiert, während bei Patienten der AN1792-Studie noch mehrere Jahre nach aktiver Immunisierung niedrige Antikörpertiter persistierten. Die passive Immunisierung erlaubt eine Kontrolle über die zirkulierende Antikörperkonzentration, die bei aktiver Immunisierung nicht möglich ist. Aβ ist wenig immunogen und die Immunantwort gegen Aβ sinkt zumindest in transgenen Mausmodellen mit steigendem Lebensalter. Dies spiegelte sich auch bei der ersten klinischen aktiven Immunisierungsstudie in der geringen Konversi-

Aktuelle klinische Studien zur Wirksamkeit Antikörper-vermittelter Effekte auf den Verlauf der Alzheimer-Krankheit			
Aktive Immunisierungsstudien			
Firma	Wirkstoff	Studienphase	Angriffsziel
ELAN/Wyeth	ACC-001	Phase II	Aβ-N-terminales Fragment gekoppelt an Trägerprotein
Novartis/Cytos	CAD-106	Phase I	Aβ-N-terminales Fragment
Merck	V950	Phase I	Aβ-N-terminales Fragment
Passive Immunisierungsstudien			
ELAN/Wyeth	AAB-001 (Bapineuzumab)	Phase III	N-Terminus von Aβ
Eli Lilly	LY2062430 (humanisierter M266-Antikörper)	Phase III	zentrale Aβ-Region
Pfizer/Rinat	RN-1219	Phase I	
Hoffman-LaRoche/MorphoSys	R-1450	Phase I	
GlaxoSmithKline	GSK 9933776A	Phase I	
Baxter BioScience	IVIg	Phase II	

onsrate von 59% und den niedrigen Titern von circa 1:1.000 wieder, während in jüngeren Mäusen mit dem gleichen Immunogen Titer um 1:10.000 erreicht wurden. Hohe Antikörpertiter nach aktiver Impfung beinhalten umgekehrt die Gefahr einer Autoimmunkomplex-bedingten Gefäßschädigung. Ein weiterer Vorteil des passiven Immunisierungsansatzes ist die fehlende Notwendigkeit, ein Peptid zu applizieren, das als Präzipitationskeim für die Bildung weiterer neurotoxischer Aggregate wirken könnte.

Neben den hohen Kosten für die monoklonale Antikörperproduktion von 100 bis 1.000 Euro pro passiver Impfdosis und der Möglichkeit, dass neutralisierende Antikörper gegen den Impfstoff gebildet werden könnten, liegt der größte Nachteil der passiven Immunisierung in der Gefahr von Mikrohärrhagien. Mikrohärrhagien wurden in Mäusen vor allem bei Antikörpern beobachtet, die nicht nur lösliches A β , sondern auch Plaques binden. Dies liegt möglicherweise an der Umverteilung von Plaque-gebundenem A β in die Gefäße oder an der Antikörperbindung an vaskuläre A β -Aggregate. Das Blutungsrisiko steigt vermutlich mit dem Lebensalter und verdoppelt sich zumindest in Mäusen beim gleichzeitigen Vorliegen einer zerebralen Amyloid-Angiopathie (CAA). Circa 90% aller Alzheimer-Patienten haben zumindest eine begleitende CAA und sind dadurch potenziell gefährdet. Andererseits sind Mikrohärrhagien in passiv immunisierten Mäusen häufig asymptomatisch und sowohl eine Zunahme der CAA als auch vermehrtes Auftreten von Mikrohärrhagien hatten keinen Einfluss auf die positiven Effekte der Impfung.

Monoklonale Antikörper können gegen verschiedene Epitope N-terminal, zentral und C-terminal auf dem A β -Peptid hergestellt werden und unterscheiden sich in ihrem Wirkmechanismus. Nur N-terminal gerichtete Antikörper können zu Plaques aggregiertes A β binden. In einer systematischen Untersuchung in passiv immunisierten Mäusen zeigte sich, dass der neuroprotektive Effekt eines Antikörpers vor allem von dessen Plaque-bindenden Eigenschaften abhängig war und nicht mit der Bindung an

lösliche A β -Formen korrelierte. Dabei ist aber nicht auszuschließen, dass Antikörper, die Plaques binden, auch ihre oligomeren und protofibrillären Vorstufen erkennen, die als die eigentlich neurotoxische Spezies angesehen werden.

Die Ergebnisse einer klinischen Phase-II-Studie mit dem gegen den N-Terminus von A β gerichteten Antikörper Bapineuzumab wurden kürzlich veröffentlicht. Patienten, die Träger des ApoE4-Allels sind, scheinen nicht signifikant von einer Impfung zu profitieren, aber häufiger von schweren Nebenwirkungen, wie etwa einem vasogenen intrazerebralem Ödem, betroffen zu sein. Im Gegensatz dazu zeigte sich eine signifikante Verbesserung von immunisierten Nicht-ApoE4-Trägern, die in verschiedenen neuropsychologischen Tests gegenüber nicht immunisierten Kontrollen bessere Ergebnisse erzielten.

— Antikörper gegen die zentrale Domäne

Nur Antikörper, die gegen die zentrale Domäne von A β gerichtet sind, wie beispielsweise der Antikörper M266, erhöhen nicht das Risiko von Mikrohärrhagien, da sie nicht an Plaques binden. Bislang wurde angenommen, dass M266 als Capture-Antikörper über den „Peripheren Degradations“-Mechanismus funktioniert. Nach intravenöser Gabe von M266 in Mäusen stieg damit konsistent die Plasma-A β -Konzentration 250-fach an. Der Antikörper scheint aber zusätzlich zu seiner Wirkung als peripherer Capture-Antikörper über die Blut-Hirn-Schranke transportiert zu werden und erhöht die Konzentration von A β im Liquor. Das in den Liquorraum mobilisierte, an M266 gebundene A β steht intrazerebral nicht mehr für die Aggregation zur Verfügung. Die humanisierte Form des M266 Antikörpers wird zurzeit in klinischen Studien untersucht. In der bereits abgeschlossenen, placebokontrollierten Phase-I-Studie waren die Konzentrationen von A β in Liquor und Plasma nach Antikörpergabe angestiegen, der Einfluss auf kognitive Parameter ist noch nicht publiziert. C-terminal gerichtete Antikörper reduzierten die A β -Konzentration in Mausmodellen, verbesserten die Kognition, zeigten aber genau wie N-terminal ge-

richtete Antikörper ein erhöhtes Risiko für Mikrohärrhagien

— Humane Immunglobulin-Präparationen (IVIg)

IVIg enthalten natürlich vorkommende Antikörper gegen A β . Ihre Wirkung wurde in zwei kleinen Open-Label-Studien an fünf beziehungsweise acht Patienten untersucht. In der ersten, 2004 durchgeführten Studie nahm A β im Liquor um 30% ab, während es im Serum um 233% anstieg. Die Testleistung im ADAS-Cog besserte sich gegenüber dem Ausgangswert. In einer anderen Studie fanden sich ebenfalls erhöhte Plasma-A β -Konzentrationen nach Applikation von IVIg sowie einen Anstieg im Mini-Mental-State-Test (durchschnittlich 2,5 Punkte in sechs Monaten).

Immunisierung bei anderen neurodegenerativen Erkrankungen

Immunisierungsstrategien zur Therapie anderer neurodegenerativer Erkrankungen wurden bislang nur präklinisch in Mausmodellen von Tauopathien, Synukleinopathien, Prion-Erkrankungen und M. Huntington mit zum Teil vielversprechenden Ergebnissen untersucht.

Ausblick

Trotz der Ergebnisse aus Tierversuchen und ersten klinischen Studien bleiben viele Fragen offen. Eine besonders wichtige Fragestellung ist, inwieweit in Mausmodellen gewonnene Erkenntnisse prädiktiv für einen Therapieerfolg beim Menschen sind. Die Alzheimer-Erkrankung ist durch A β - und Tau-Aggregate sowie Neurodegeneration charakterisiert. Alle drei pathologischen Kennzeichen finden sich in keinem Mausmodell gleichzeitig wieder. Während die Akkumulation von Plaques und Tangles dem Auftreten kognitiver Symptome viele Jahre vorausgeht, entwickelt sich die jeweilige Aggregationsform in transgenen Mäusen innerhalb weniger Monate bis maximal zwei Jahren. Die Zeitspanne, während der Neurone dem neurotoxischen Effekt von A β -Oligomeren und höheren Aggregaten ausgesetzt sind, ist bei Menschen sehr viel höher als in Tiermodellen. Dies führt zur Frage, ob ein Therapiebeginn nach Auftreten klini-

scher Symptome im Menschen überhaupt erfolgversprechend sein kann oder ob die Impfung prophylaktisch erfolgen muss und anhand welcher prädiktiver Biomarker dafür infrage kommende Hochrisiko-Patientengruppen vor einem klinischem Erkrankungsbeginn identifiziert werden könnten. Für eine prophylaktische Impfung sprechen die besseren Impferfolge, wenn junge Tiere früh im Krankheitsverlauf immunisiert wurden. Eine mögliche Erklärung für den limitierten Nutzen der Impfung nach klinischem Krankheitsbeginn könnte die Zunahme von löslichem und neurotoxischem A β durch Plaqueauflösung bei gleichzeitig verminderter vaskulärer Clearance über amyloidangiopathisch geschädigte Gefäße sein. Weitere klinische Studien müssen nun zeigen, wann der richtige Zeitpunkt für eine Immunisierung ist, welches Antigen beziehungsweise welcher Antikörper sich am besten eignet und wie groß der klinische Nutzen einer Immunisierung tatsächlich ist.

Fazit

Die Alzheimer-Erkrankung ist die häufigste Ursache einer Demenz im höheren Lebensalter. Histopathologisch ist sie durch die Ablagerung von Proteinaggregaten, den extrazellulären amyloiden Plaques und den intrazellulären neurofibrillären Tangles, charakterisiert. Eine kurative Therapie der Erkrankung ist nicht bekannt. Die Vakzinierung gegen das A β -Peptid der amyloiden Plaques verhinderte in Mausmodellen die Ablagerung von Plaques ebenso wie das Auftreten kognitiver Defizite. Die Umsetzung dieses vielversprechenden Therapieansatzes in klinische Impfstudien an Alzheimerpatienten wurde vor allem durch das Auftreten einer aseptischen Meningoenzephalitis bei Patienten erschwert. Die Ursachen dieser tierexperimentell nicht beobachteten Nebenwirkung sowie die Entwicklung neuerer und sicherer Impfstoffe für die Therapie der Alzheimer-Erkrankung wird aktuell in Studien untersucht. □

AUTOREN

Dr. Anja Schneider, Göttingen
Prof. Dr. med. Jörg B. Schulz, Göttingen
Prof. Dr. med. Peter Falkai, Göttingen



Kaum eine Erkrankung wird so stark beforscht wie die Alzheimer-Krankheit.

Bild: badboo_stockxpert

NEUE FORSCHUNGSANSÄTZE IN DER DEMENZBEHANDLUNG

Neue Therapien sind absehbar

Die Alzheimer-Krankheit (AD) kann mit zunehmender Sicherheit frühzeitig erkannt werden. Die Entwicklung einer verfeinerten klinischen Diagnostik mit liquorbasierten Biomarkern und Neuroimaging auf der Grundlage der Erkenntnisse der Grundlagenforschung haben diese Fortschritte ermöglicht. Die verfügbaren, am Patienten einsetzbaren, therapeutischen und präventiven Möglichkeiten haben sich jedoch nicht gleichermaßen entwickelt. Derzeit wird aber eine Vielzahl von sehr erfolgversprechenden Wirkstoffen gegen die Alzheimer-Krankheit weiterentwickelt.

Heute verfügbare Antidementiva

Lediglich die Therapie mit Acetylcholinesterase-Hemmern (ACE-I) und mit Memantine sind evidenzbasiert. Zielkriterien sind dabei kognitive Leistungen, Aktivitäten des täglichen Lebens und Lebensqualität. Der Nutzen von Memantine wird vom National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, England) und neuerdings auch vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG, Vorbe-

richt 2008, Deutschland) kritisch diskutiert. Diese Heilmittel wirken jedoch nur symptomatisch und verzögern den Erkrankungsverlauf lediglich um etwa ein halbes Jahr. Sie greifen nicht in die zur Neurodegeneration führende Kaskade ein. Sie verfügen auch über kein neuroregeneratives Potential. Sie modifizieren lediglich die synaptische Übertragung an cholinergene und glutamatergene Neuronen, nachdem der Tod von Nervenzellen und der Abbau dendritischer Verbindungen bereits eingetreten ist.

Krankheitsmodifizierende Therapien

Die Entwicklung krankheitsmodifizierender Therapieprinzipien dient dem Ziel einer langfristigen günstigen Beeinflussung des Therapieverlaufs, es sollen nicht nur innerhalb eines begrenzten Zeitraums verzögernde Effekte gesetzt werden (wie bei ACE-I). Dieses weitreichende Ziel kann nur durch den direkten Eingriff in pathogenetische Prozesse der Alzheimer-Erkrankung erfolgreich betrieben werden. Heute sind als

Kernstücke der Pathogenese der Alzheimer-Erkrankung, die Amyloid-Kaskade und die Tau-Pathologie aufgedeckt. Toxische Abbauprodukte (Aβ₄₂) und Hyperphosphorylierung (Tau-P) führen zur Aggregation in Plaques und Tangles. Die sich viele Jahre vor Erkrankungsbeginn entwickelnden, zugrunde liegenden Krankheitsprozesse weisen eine Reihe von Zielstrukturen auf, die Gegenstand krankheitsmodifizierender Therapien sein können. Die Ansatzpunkte für mögliche Therapeutika, die an pathogenetischen Prozessen und nicht nur an den neurobiologischen Spätfolgen der Alzheimer-Erkrankung angreifen sind in der Abbildung unten dargestellt.

Anti-Amyloid-Wirkstoffe

Die mehrheitlich favorisierten und auch von der pharmazeutischen Industrie primär verfolgten Strategien sind Eingriffe in die Amyloidkaskade. Deren Ausgangspunkt ist das – in seiner physiologischen Bedeutung weiterhin unbekannt – Amyloidvorläuferprotein (Amyloid precursor protein, APP), das durch verschiedene Sekretasen, sogenannte Scheren abgebaut wird (α-, β-, γ-Sekretasen). Die Spaltprodukte der α-Schere sind löslich, nicht toxisch und aggregieren nicht. Die beiden letztgenannten Scheren produzieren das besonders toxische und zur Aggregation und schließlich zur Verklumpung führende Aβ₄₂-Fragment. Die resultierenden Amyloid-Plaques und die nachfolgende Neurodegeneration werden für die zentrale pathogene Komponente gehalten. Die Hemmung der β- und γ-Sekretase ist folglich ein besonders erfolgversprechendes „drug target“.

— Sekretase-Hemmer

Eine interessante Medikamentenklasse sind in diesem Zusammenhang die nicht-steroidalen Antiphlogistika (NSAIDs). Einige Vertreter der Gruppe hemmen die γ-Sekretase. Prospektive Beobachtungsstudien berichteten folgerichtig ein reduziertes Risiko für die Alzheimer-Krankheit bei längerem NSAID-Gebrauch. Die Entwicklung von γ-Sekretasen/-Inhibitoren ist insofern erschwert, als damit andere, physiologisch wichtige Prozesse (vor allem der NOTCH-Signalweg) beeinträchtigt werden können

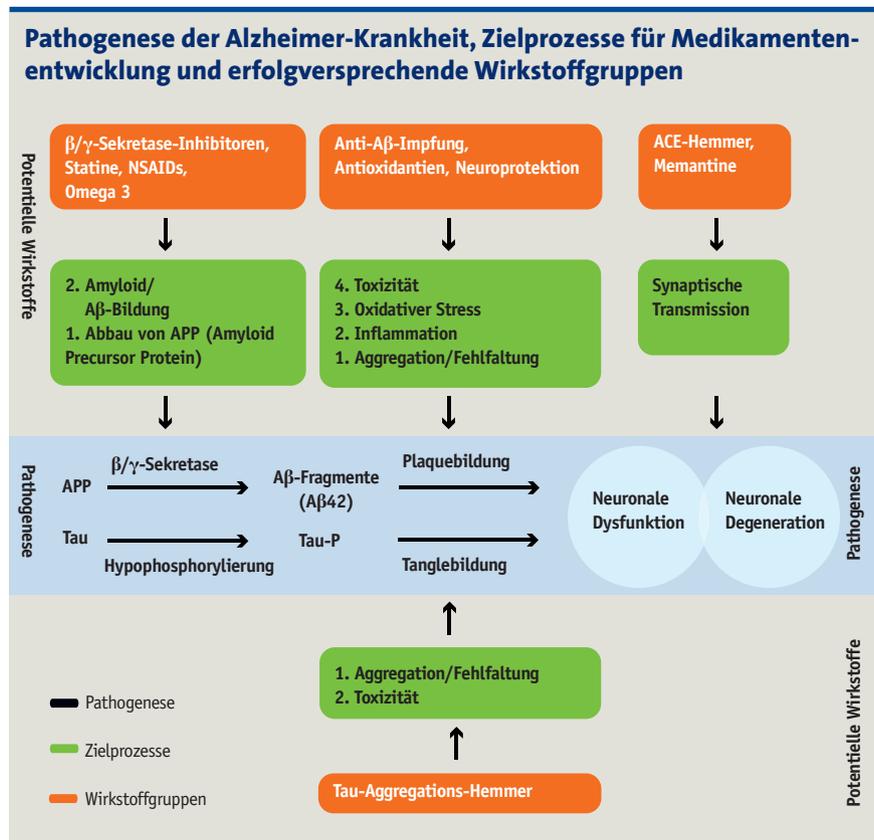
und ein erhebliches kardiales Nebenwirkungsrisiko bestehen kann (Cox-Inhibitoren!). Genau diese unerwünschten Nebeneffekte liegen bei einigen NSAIDs (z. B. Tarenflurbil) nicht vor. Große Hoffnungen wurden daher bis Mitte dieses Jahres auf den γ-Sekretase-Inhibitor Tarenflurbil gesetzt. Diese Substanz erbrachte jedoch in der jüngst veröffentlichten ersten großen placebokontrollierten Studie nur sehr geringe Behandlungserfolge in Frühstadien, zeigte aber keine Wirksamkeit in späteren Stadien der Krankheitsentwicklung. Die Herstellerfirma stellt hier die weitere Entwicklung ein. Da pharmakologische Eigenschaften dieser Substanz teilweise problematisch sind (z. B. Hirngängigkeit), kann das Wirkprinzip aber nicht abgeschrieben werden. Es bleibt somit beim „vielpersprechend“.

Die Entwicklung von β-Sekretase-Inhibition erschien zunächst erfolgreicher, weil durch dieses Wirkprinzip andere Stoffwechselwege weniger als bei der γ-Sekretase-Hemmung in Mitleidenschaft gezogen werden. Jedoch ergaben sich in

der Wirkstoffentwicklung unerwartete physikalisch-chemische Schwierigkeiten (Durchgängigkeit der Blut-Hirn-Schranke, Bioverfügbarkeit), sodass in diesem Bereich noch keine erfolgreiche Wirkstoffentwicklung abgeschlossen werden konnte. Einige Prüfsubstanzen befinden sich aber in verschiedenen Stadien klinischer Prüfung.

— Statine

Bei Anwesenheit von Cholesterin wird der Abbau des APP durch die Verschiebung der Balance zwischen der α-Sekretase einerseits und den β-, γ-Sekretasen andererseits zugunsten der letztgenannten Sekretasen verschoben. Eine Antagonisierung des im Gehirn ubiquitär vorhandenen Cholesterins durch Statine verspricht daher eine therapeutische Wirkung gegen die Amyloid-Plaquetbildung und damit auch gegen die Alzheimer-Krankheit. Dies gilt sogar schon für die vor- und frühsymptomatische Phase. Diese Vermutung wird durch Beobachtungsstudien in der Allgemeinbevölkerung unterstützt; langjährige Einnah-



men von Statinen reduzierten das Risiko für spätere Alzheimer-Demenz. Kleinere erste kontrollierte klinische Studien erbrachten noch keine überzeugenden Therapieeffekte, was aber teilweise auf mangelnde Hirngängigkeit der verwandten Präparate zurückführbar ist. Mehrere umfangreiche klinische Studien zu Simvastatinen werden derzeit (auch in Deutschland) durchgeführt.

— **Ungesättigte Fettsäuren**

Eine andere Strategie für die günstige Modifikation der Amyloidkaskade leitet sich aus Beobachtungsstudien in prospektiv untersuchten Kohorten der Allgemeinbevölkerung ab. Der Konsum von Nahrungsmittel mit hohem Omega-3-Fettsäuren-Gehalt (z. B. Fisch) scheint demnach präventiv zu wirken. Ein kausaler Zusammenhang lässt sich aus solchen Studien jedoch nicht ableiten. Es gibt aber experimentelle Evidenzen: Das Nahrungsergänzungsmittel Docosahexensäure (DHA), eine mehrfach ungesättigte Fettsäure, hat in Mausmodellen für die Alzheimer-Erkrankung den Gehalt von Aβ und seiner Fragmente reduziert. Folglich wird DHA in Phase-III-Studien auf seine therapeutische Wirksamkeit untersucht. Solche für die Industrie scheinbar wenig nützlichen Wirkstoffe müssen von akademischen Konsortien evaluiert werden. Für DHA erfolgt dies durch die Alzheimer Disease Cooperative Study (ADCS) in den USA.

— **Impfung**

Gegen Amyloid kann der menschliche Körper Antikörper bilden. Diese sind prinzipiell auch fähig, Amyloidplaques abzutragen. Dieses Prinzip liegt der aktiven Impfung zugrunde, wobei Amyloid zur Antikörperbildung peripher zugeführt wird. Dieser zunächst tierexperimentell entwickelte Mechanismus wirkt in der Tat auch bei erkrankten Patienten, wie die erste, vor wenigen Jahren durchgeführte klinische Studie (Wirkstoffname AN1792) anhand von post mortem-Untersuchungen ehemaliger Studienpatienten zeigen konnte („Prove of concept“). Die Korrelation zwischen Therapieeffekten auf die Kognition und dem Anti-Amyloid-Effekt war jedoch schwach. Diese erste aktive Immunisierungsstrategie mit AN1792

konnte wegen der schweren Nebenwirkungen nur bis zur Phase-II verfolgt werden, es kam zu Meningoenzephalitiden bei 6% der behandelten Patienten. Verbesserte Wirkstoffe für die aktive Immunisierung sind in der Entwicklung und in klinischer Prüfung. Derzeit werden auch passive Immunisierungsstrategien mit Hochdruck entwickelt. Die passive Immunisierung erfolgt durch peripher zugeführte monoklonale Antikörper, welche in gewissem Umfang die Bluthirnschranke passieren. Mehrere Strategien werden derzeit geprüft, beispielsweise mit dem Wirkstoff Bapineuzumab. Resultate liegen nicht vor.

Basierend auf dem Umstand, dass im Menschen auch Autoantikörper gegen Amyloid gefunden wurden, wurden Behandlungsstadien mit humanen Immunglobulinpräparaten durchgeführt, welche vielversprechende Ergebnisse zeigten. Aktuell werden mit diesem Ansatz Phase-II- und III-Studien durchgeführt.

Wirkstoffe gegen die Tau-Pathologie

Als besonders erfolgversprechend gilt derzeit eine bislang nicht priorisierte Entwicklungslinie: Neben der Amyloid-Plaques-Bildung ist die Bildung von Tangles (Fibrillen) aus hyperphosphorylierten Tau-Proteinen durch Selbst-Aggregation das zentrale, pathognomonische Kennzeichen der Alzheimer-Krankheit. Der pathogenetische Prozess wird durch die verstärkte Phosphorylierung des Tau-Proteins angestoßen, die auch zu einem Funktionsverlust des Proteins führt. Tau als Mikrotubulusprotein ist für die Leistungsfähigkeit von Faserbündel im Gehirn mitverantwortlich, die kognitive Prozesse ermöglichen.

— **Methylenblau**

Aufbauend auf früheren zellbiologischen Arbeiten zur Auflösung von Tangles durch Methylenblau wurde von einer englischen Arbeitsgruppe zusammen mit einer kleinen Biotech Firma das Medikament Rember entwickelt. Die placebokontrollierte Studie ist zwar noch nicht publiziert, die Vorstellung der Daten erregt jedoch wegen der Größe des beobachteten Behandlungseffekts über ein Jahr hinweg erhebliches Aufsehen. Es kam zu einem zumindest vorüberge-

henden Sistieren des Krankheitsprozesses. Eine Replikation steht aus, so dass diese Erfolgsberichte erst noch mit Vorsicht zu werten sind.

— **Lithium**

Es gibt noch ein anderes, in der Psychiatrie lange bekanntes Medikament, dem aufgrund vorklinischer Studien eine ähnliche Wirkungsweise zugeschrieben werden konnte: Lithium antagonisiert die Hyperphosphorylierung des Tau-Proteins und würde damit die Tangle-Bildung hemmen. Entsprechend werden zurzeit klinische Phase-III-Studien mit Lithium bei wahrscheinlicher Alzheimer-Erkrankung durchgeführt. Träger der wichtigsten Studie ist ein mit öffentlichen Mitteln gefördertes akademisches Konsortium in den USA (Alzheimers Disease Cooperative Study ADCS). Ergebnisse sind noch nicht bekannt.

Wirkstoffe mit multiplen Wirkprinzipien

Verschiedene therapeutische Neuentdeckungen vereinen mehrere Wirkprinzipien. Die damit zu erwartende Steigerung der Wirksamkeit konnte in der Tat beobachtet werden.

— **Dimebon**

Im Juli dieses Jahres wurde in der Zeitschrift Lancet eine placebokontrollierte Studie zu Dimebon vorgestellt (die von amerikanischen Prüfern in Russland durchgeführt wurde). Die beschriebene Wirkung ist circa um den Faktor zwei größer als für ACE-Hemmer. Diese Substanz ist in einigen Ländern als Antihistaminikum im Gebrauch. Das Wirkungsspektrum von Dimebon ist eine Inhibition der Acetylcholinesterase, eine Memantine-analoge Blockade des glutamatergen NMDA-Rezeptors und eine protektive Wirkung auf die Membranen von Mitochondrien, die durch den oxidativen Stress während der Entwicklung der Alzheimer-Krankheit besonders geschädigt werden. Replikationsversuche dieses aufsehenerregenden Studienerfolgs laufen weltweit in mehreren umfassenden Phase-III-Studien.

— **Antioxidantien und Ginkgo**

Zu den Wirkstoffen mit möglichem, antioxidativen Potenzial sind bisher nur

wenig erfolgreiche oder gar erfolglose Therapiestudien bei Patienten mit AD durchgeführt worden. Ginkgo biloba erfuhr nach einigen kleineren, methodisch unzureichenden, aber erfolgversprechenden Studien besondere Aufmerksamkeit. Die Anfang des Jahres publizierte größte randomisierte Studie zeigte jedoch keine Wirkung bei AD.

Fazit

Die Grundlagenforschung hat inzwischen sehr viele mögliche Angriffsziele für eine Therapie der Alzheimer-Krankheit aufgedeckt. In keinem Feld der klinischen Neurowissenschaften gibt es eine solch hohe Zahl von experimentell und teilweise auch epidemiologisch validierten Wirkmechanismen und Wirkstoffen. Deren Translation über klinische Studien läuft aktuell und wird – trotz Misserfolgen bei einigen Ansätzen – in absehbarer Zeit die Therapiemöglichkeiten erweitern. Mit einer günstigen Wirkung auf die Kognition ist aber nicht automatisch auch ein therapeutischer Effekt auf krankheitsassoziierte nicht-kognitive Verhaltens- und Befindlichkeitsstörungen gegeben. Dieses praktische therapeutische Dilemma wird durch die begrenzten Verordnungsmöglichkeiten und Therapieeffekte der oft verwendeten Neuroleptika verstärkt. In diesem Feld sind keine innovativen Entwicklungen absehbar. Die verbesserte Behandlung von Patienten, vor allem in mittleren und späteren Stadien der Erkrankung, muss sich daher auf die Entwicklung wirksamer nicht-medikamentöser Therapien verlassen. □

EMIL KRAEPELIN – VISIONEN, VERIRRUNGEN UND VERDIENSTE Wegbereiter der modernen Psychiatrie

Emil Kraepelin (1856–1926) hat die Entwicklung der Psychiatrie in Deutschland entscheidend beeinflusst. Er schaffte die Basis für die Klassifikation psychischer Störungen und kämpfte für die Einführung empirisch-wissenschaftlicher Methoden in die Psychiatrie. Viele seiner Ansichten scheinen heute überholt, manche Äußerungen sogar abschreckend. Doch große Teile seines Werks wirken positiv weiter.

Aus bescheidenen Verhältnissen

Emil Kraepelin wurde am 15. Februar 1856 in Neustrelitz, Residenzstadt des damaligen Großherzogtums Mecklenburg-Strelitz, als Sohn eines Musiklehrers, der sich auch als Schauspieler, Opernsänger und Vorleser betätigte, geboren. Der Vater setzte sich für eine verbesserte Volksbildung ein und pflegte zusammen mit der Mutter eine gesellige Atmosphäre. Emil Kraepelin verbrachte seine Jugend nach seinen eigenen Angaben in den erst 1983 erschienenen „Lebenserinnerungen“ in „sehr bescheidenen Verhältnissen“. Er wäre „im ganzen ein guter Schüler“ gewesen, „der seine Aufgaben pflichtmäßig, aber ohne Begeisterung erfüllte“. Die Erinnerung an

die Schulzeit war „lebhaft gefärbt durch das Bedauern, mit philologischen Nichtigkeiten viele kostbare Jugendzeit verloren zu haben“. Davon aber abgesehen darf darauf hingewiesen werden, dass den Begriffen Kraepelins eine fundierte altsprachliche Bildung anzumerken ist, die er wiederholt geschickt anzuwenden wusste. Seinen ersten Rausch, so schrieb er, hatte er nach der siegreichen Schlacht bei Sedan mit der Gefangennahme von Napoleon III. im deutsch-französischen Krieg. Der Sieg vom 2. September 1870 wurde von Lehrern und Schülern gemeinsam ausführlich gefeiert.

„Werden Sie Irrenarzt“

Seinem älteren Bruder hatte er es zu verdanken, dass sein besonderes Interesse allen naturwissenschaftlichen Fragen galt. Den Plan, Medizin zu studieren, entwickelte er jedoch durch Gespräche mit einem Freund seines Vaters, dem Arzt Dr. Krüger. Kraepelin konnte auch dessen Bibliothek benutzen und lernte dabei schon die Vorlesungen des Philosophen und Psychologen Wilhelm Wundt über die Menschen- und Tierseele kennen. Er schrieb Träume auf und versuchte deren Entstehungsge-



Emil Kraepelin gehörte zu Beginn des 20. Jahrhunderts weltweit zu den führenden Psychiatern.

Bild: Archiv

AUTOREN

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier, Bonn
PD Dr. med. Frank Jessen, Bonn

schichte zu untersuchen. Der Arzt gab ihm den Rat, „Irrenarzt“ zu werden, eine Bezeichnung, die Kraepelin zeitlebens beibehielt. Er wollte „psychologische Arbeiten mit einem nährenden Beruf verbinden“. Der Einfluss Wundts ließ ihn nie wieder los. Kraepelin wollte später auf dem Boden von Wundts Psychologie das Verständnis für psychiatrische Störungen erleichtern.

Zunächst ging Kraepelin 1874 zum Studium nach Leipzig, wo er allerdings erst einmal etwa für ein halbes Jahr einen Teil seines Wehrdienstes ableisten musste. Im anschließenden Studium fesselten ihn besonders Vorlesungen über Zoologie und Chemie sowie das Präparieren. Er kaufte sich von einem Anatomiediener ein Menschenhirn, zeichnete dies ab und fertigte davon verschiedene Schnitte an. 1875 setzte er sein Studium in Würzburg fort. Hier absolvierte er nicht nur die üblichen vorklinischen Verpflichtungen, sondern er besuchte auch schon (widerrechtlich) die psychiatrisch klinische Vorlesung von Franz von Rinecker, die „mehr menschlich anregend, als wissenschaftlich fruchtbar abgehalten wurde“.

Nachdem er 1876 das Physikikum bestanden hatte, übten die psychiatrischen Vorlesungen von Hermann Emminghaus einen großen Einfluss auf ihn aus. Dieser förderte ihn später noch und regte auch eine Preisaufgabe „Über den Einfluß akuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten“ an. Daran nahm Kraepelin teil und gewann – allerdings war er auch der einzige Teilnehmer. Er durfte sich mit einem geisteskranken Theologiestudenten beschäftigen, der vorher Typhus hatte. Diese Arbeit gestaltete er später zu seiner Dissertation um.

Von 1878–1882 war er Assistent bei Bernhard von Gudden an der Kreisirrenanstalt München, aus der die Universitätsnervenklinik hervorging. Gudden, der dann vor allem durch seinen gemeinsamen Tod mit dem „Märchenkönig“ Ludwig II. im Starnberger See bekannt wurde, beeinflusste ihn durch seine neuropathologischen Arbeiten. Kraepelin hat ihm später sein bekanntes Lehrbuch gewidmet. Zu den Assistenten bei Gudden gehörten auch Sigbert Ganser und Franz Nissl. Beide sind uns heu-

te noch durch ihre wichtigen Erkenntnisse bekannt („Gansersyndrom“, der Pseudodemenz bei Untersuchungshäftlingen und bei Rentenbegehren einerseits – sowie „Nisslfärbung“ und „Nisslschollen“ andererseits).

Nur ein Zuhörer

Kraepelins erste Arbeit handelte von der „Abschaffung des Strafmaßes“. Er wollte für Strafgefangene eine ähnliche Behandlung erreichen wie für psychisch Kranke. Kraepelin strebte daher nach Leipzig, weil er in die Nähe des von ihm so verehrten Wundt kommen wollte. Mit diesem verband ihn zeitlebens eine Freundschaft. Mit seinem eigentlichen Chef Paul Flechsig, bei dem er sich habilitieren wollte, hatte er jedoch deutlichen Ärger. Flechsig warf ihm vor, seine dienstlichen Pflichten und Belange zu Gunsten wissenschaftlicher Arbeiten bei Wundt zu vernachlässigen. Die Vorlesungen von Kraepelin fanden damals nur wenige Hörer, am besten besucht war noch sein gerichtspsychiatrisches Kolleg.

In Leipzig entstand auf Anregung von Wundt ein „Compendium der Psychiatrie“, aus dem später sein Lehrbuch hervorging. Er konnte sich auch habilitieren, wobei seine Position nicht nur durch Wundt, sondern auch durch den Leiter der Nervenpoliklinik Wilhelm Erb gestärkt wurde. Nach München zurückgekehrt hatte Kraepelin ähnlich ernüchternde Erfahrungen mit seinen Vorlesungen. Als nur noch ein einzelner Hörer übrig blieb, ging er mit diesem in den „Englischen Garten“, um ihm seine wissenschaftlichen Positionen vorzutragen.

Kraepelin glaubte 1884 vorübergehend nicht mehr an seine akademische Zukunft, weswegen er sich für eine Oberarztposition in der schlesischen Anstalt Leubus bemühte. Zu dem Zeitpunkt heiratete er auch. Als er von einer freien Stelle als dirigierender Arzt an der Irrenabteilung des Stadtkrankenhauses in Dresden hörte, bewarb er sich um diese und erhielt sie nach Gesprächen beim Oberbürgermeister und den Mitgliedern der Krankenhauskommission. Die Umstände, unter denen die etwa 40 psychiatrischen Patienten sowie 40 Kranke der Nervenabteilung versorgt

werden mussten, waren sehr beengt, desgleichen die Möglichkeiten für eine wissenschaftliche Betätigung. Da konnte es für ihn auch nicht tröstlich sein, dass sein Dienstzimmer der Raum war, in dem einst ein Gespräch zwischen dem österreichischen Staatskanzler Metternich und Napoleon I. stattgefunden hatte.

Überraschend erhielt Kraepelin im April 1886 einen Brief von Emminghaus, jetzt an der Universität Dorpat tätig, in dem er ihm anbot, sein Nachfolger zu werden, weil er selbst einem Ruf nach Freiburg im Breisgau folgen wollte. Kraepelin sah seinen alten Lebensraum verwirklicht, mit 30 Jahren Professor und Klinikchef zu werden. In Deutschland selbst waren für ihn zu der Zeit die Schwierigkeiten zu groß. Er ging deshalb gern nach Dorpat. Kraepelin war durchaus nicht der letzte Fachvertreter, der Richtung Osten ging, um schneller Professor und Chef zu werden. In Dresden sorgte er noch dafür, dass sein Freund Ganser sein Nachfolger wurde, wo dieser dann noch über Jahrzehnte erfolgreich wirkte.

Dorpat – heute Tartu in Estland – gehörte damals zum zaristischen Russland. Die Universität war jedoch fest in deutscher Hand, mit Deutsch als Unterrichtssprache. Die Zaren waren meist deutschfreundlich, oft auch mit ehemals deutschen Prinzessinnen verheiratet. Man ließ es zu, dass reiche deutsch-baltische Gutsbesitzer eine Universität aufbauten, in der deutschsprachige Einflüsse dominierten. 1889 gab es in Dorpat 46 Professoren (19 Mediziner), davon waren 40 Deutsche. Zu Kraepelins Zeiten gehörten dazu solche heute noch bekannte Namen wie der Anatom August Rauber (viele werden hier an den anatomischen Lehrbuchklassiker, den „Rauber-Kopsch“ denken), Adolf Weil („Weilsche Krankheit“) und Heinrich Unverricht (Myoklonusepilepsie). Einige Jahre davor war der bekannte Chirurg Ernst von Bergmann Professor in Dorpat, bevor er dann in Würzburg und in Berlin der führende Fachvertreter in Deutschland wurde.

Während Kraepelin sich mit dem Internisten Weil gut verstand, der allerdings wegen einer Kehlkopf-Tuberkulose seine Unterrichtstätigkeit bald aufge-

ben musste, war das Verhältnis zu dessen Nachfolger Unverricht gespannt. Streitpunkt waren die „Nervenkrankheiten“. Kraepelin betonte zwar seinen Status als „Irrenarzt“ (also Psychiater), er bestand aber andererseits auf seinem Recht, neurologische Krankheiten in sein Vorlesungsprogramm aufzunehmen.

Sprachprobleme in Dorpat

Die psychiatrische Klinik verfügte über 50 psychiatrische Betten, die ständig belegt – manchmal sogar überbelegt waren. Die Patienten kamen – die Anreise dauerte teilweise mehrere Tage – aus dem gesamten Baltikum. Deutschsprachige Patienten waren in der Minderheit; gesprochen wurde estnisch, lettisch, litauisch, russisch – ja sogar polnisch und jiddisch. Es gab dadurch ständig Sprachprobleme. Kraepelin erlernte zwar einige fremdsprachliche Grundbegriffe, legte sich auch einfache Formulierungen für seine Fragen an die Patienten zurecht

– diese jedoch beschränkten sich bei ihren Antworten durchaus nicht immer auf die Kraepelin bekannten Vokabeln, sodass der Einsatz von Dolmetschern nötig wurde. Weil die Klinik etwas auswärts lag, mussten die Vorlesungen oft sonntagvormittags gehalten werden, trotzdem waren sie relativ gut besucht. Seine Antrittsvorlesung in Dorpat hatte die Überschrift „Die Richtungen der psychiatrischen Forschung“. Er beschäftigte sich dabei, wie auch in anderen Arbeiten, mit dem Verhalten der Erblichkeit, nachweisbaren körperlichen Ursachen, Verteilung auf Geschlecht, Alter und Beruf. Er wurde schon mit einem Bismarckschen Beamten wegen seines unbefangenen und unermüdelichen Zählens und Sammelns verglichen. Hier beschäftigte er sich viel mit der experimentellen Psychologie. Von acht von ihm vergebenen und dann auch abgeschlossenen Dissertationen stammten sieben aus diesem Gebiet (so

über Schlaftiefe, Individualpsychologie, Zeitsinn, Raumwahrnehmungen und Aufmerksamkeit). Während seiner Zeit in Dorpat kam auch die 2. und 3. Auflage seines „Compendiums“ heraus.

Es gab im Hause zahlreiche Probleme – dafür zwei Beispiele aus seinen Lebenserinnerungen:

Seine Klinik war ein Holzhaus. Ihn ängstigten die Brandgefahren und er legte selber, weil ein einheimischer Handwerker nicht ordentlich arbeitete, mit seinen beiden Mitarbeitern eine elektrische Klingelleitung. Sobald er durch einen Feuermelder in seinem Schlafzimmer geweckt wurde, konnte er dann mit einem einzigen Handgriff überall im Haus eine Glocke ertönen lassen. Als er eines Abends mit seiner Frau zu einer Feier gehen wollte, hörte er Rufe von einer der Stationen. Er schaute nach dem Rechten und erfuhr von einem gerade aufgenommenen aggressiven Patienten, den Mitarbeiter in eine Zelle eingeschlos-

sen hatten. Als Kraepelin die Tür öffnen wollte, wurde er von dem Patienten zu Boden gerissen. Der drohte, Kraepelins Kehle zuzudrücken. Ein verwirrter Patient kam ihm zu Hilfe, was aber noch nicht ausreichte. Seine Frau, unruhig geworden, bat einen Mitarbeiter nachzusehen. Dann konnte mit vereinten Kräften die Aktion des aggressiven Patienten beendet werden. Zur Beruhigung von unruhigen Patienten lobte Kraepelin die Bäderbehandlung, die er im Einzelfall bis zu drei Tagen ausdehnte.

Aufrichtiger Schmerz

Kraepelin fühlte sich in Dorpat wie in einer „Verbannung“. Auch eine Serie großer und langer Reisen, die damals begann, wobei er nie Besuche von Theatern und Museen vergaß, konnten seine Sehnsucht nach dem deutschen Reich nicht mindern. Hinzu kam eine verstärkte „Russifizierung“ in Dorpat. Als am 9. September 1890 sein Sohn geboren wurde und er am gleichen Tag eine Berufung nach Heidelberg erhielt, empfand dies Kraepelin als „glücklichen Tag“. Bei einer langen Bahnfahrt in die Heimat einige Monate später erkrankte jedoch das Kind und starb unterwegs. Seine Frau gebar ihm später noch drei Töchter: Eine starb früh, mit einer anderen machte er – als diese gerade zwei Jahre alt war – Gedächtnisversuche. Sie studierte später Medizin, half ihm bei der 8. Auflage seines Lehrbuchs und war dann auch einige Zeit später Mitarbeiterin in seiner Klinik und in der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München.

In Heidelberg fühlte sich Kraepelin ausgesprochen wohl. Obwohl er in München die meisten Jahre seines Lebens verbrachte und auch dort starb, wurde er in Heidelberg begraben. Es war aber nicht alles eitel Sonnenschein. So äußerte er dort den Wunsch, Patienten, die schon in seiner Klinik waren und sich nun in den sogenannten „Anstalten“ aufhielten, nachzuuntersuchen. Er stieß hier auf Widerstand, man empfand sein Ansinnen als „unkollegial“ und „unbefugte Einmischung“. Kraepelin betrachtete „die Kluft zwischen den Arbeiten der Klinik und dem Anstaltsleben“ mit „aufrichtigem Schmerz“. Er bekannte aber andererseits, „dass an dieser Entwicklung

auch die Kliniken durchaus nicht ohne Schuld sind.“ Ob hier der Grund zu finden ist, dass man ihm später den Vorwurf machen konnte, er habe zu wenig nachuntersucht und sich auf die Aussagen anderer zu sehr verlassen, sei dahingestellt.

Der Unterricht machte ihm in Heidelberg viel Freude, schon weil die Sprachschwierigkeiten wegfielen. Er ließ die Studenten von der ersten Stunde an selbst praktizieren. Er stellte dabei „reichlich Fragen“ und schrieb: „Die Hörer sollten nach Möglichkeit nicht einfach belehrt werden, sondern, wenn auch unter Anleitung, selber finden und sich selbst belehren.“ Er hatte an seiner neuen Wirkungsstätte einem anatomischen Laboratorium, versucht, wie er später schrieb, durch Hirnoperationen an Hunden und Tauben, sich „ein Urteil über die entstehenden Ausfallserscheinungen zu bilden“. Kraepelin machte sich allerdings klar, dass eine Vertiefung in derlei Themen mit seinen sonstigen Aufgaben nicht vereinbar war. Er holte dafür den schon zitierten Nissl heran, der kam und habilitierte sich auch in Heidelberg.

Oft ist die Terminologie Kraepelins veraltet, aber davon abgesehen, war sein Eintreten beispielsweise für frühkindliche Hirngeschädigte beeindruckend. Kraepelin bedauerte, dass bei dem „dauernden Platzmangel nur ausnahmsweise Idioten namentlich Kinder“ aufgenommen wurden. Er schrieb, dass er den Eindruck gewonnen habe, „dass gerade die Erforschung der jugendlichen Schwachsinnszustände eine der wichtigsten und dankbarsten Aufgaben unserer Wissenschaften werden müsse“. Diese Aufgabenstellung ist aktuell geblieben. Es gibt noch heute viele Fachvertreter, die gerne Kraepelin zitieren, aber von dieser Aussage nichts wissen möchten.

Merkwürdiger Professor, der nicht trinkt

In Heidelberg verfestigte sich seine ablehnende Haltung dem Alkohol gegenüber, die schon bei früheren Gelegenheiten begonnen hatte. Er verspürte Ekel nach ausführlichen Feierlichkeiten, hat diese dann auch gemieden oder seltener besucht. In Dorpat hatten ihm Versuche über seelische Alkoholwirkungen die völlige Enthaltbarkeit nahe

gelegt. Nachdem in seinem „Compendium“ dem Alkohol noch eine positive Rolle zugewiesen worden war, hatte er später immer mehr den Verdacht, dass Alkohol für das Entstehen aller möglichen Erkrankungen die Hauptursache darstelle. Eine Einseitigkeit ist nicht zu übersehen. So schrieb er 1904: Bei der „Vorbeugung der Idiotie wird“ man „außer dem auch unter diesem Gesichtspunkte unabweislichen Kampfe gegen den Alkohol kaum Angriffspunkte finden“. Er fordert dann aber auch „besondere Fürsorge“. Es wurden von ihm aber auch durchaus unterschiedliche Meinungen geäußert. In der 7. Auflage seines Lehrbuchs 1904 hieß es noch: „Der Alkoholmissbrauch scheint für die Entstehung der Dementia praecox keine Bedeutung zu haben.“ In der 8. Auflage 1913 hingegen werden verschiedene Autoren zitiert, darunter sein später berühmter Mitarbeiter Ernst Rüdin, dass „auffallend oft Alkoholismus der Eltern zu verzeichnen ist“. Kraepelin folgerte: „Man darf demnach annehmen, dass ein gewisser Einfluss des elterlichen Alkoholismus auf die Entwicklung der Dementia praecox bei den Kindern wahrscheinlich ist.“ Er fasste den Entschluss, völlig auf Alkohol zu verzichten. Das fiel ihm leicht, weil er festzustellen glaubte, dass seine Migräneattacken, unter denen er bisher sehr zu leiden hatte, nunmehr ausblieben. Er wurde auch Mitbegründer des „Vereins abstinenter Ärzte“ und trat sogar in Volksversammlungen auf. Durch sein eifriges – ja fanatisches – Auftreten gegen den Alkohol wurde er eine Zeit lang bekannter als durch all seine Schriften und Krankheitseinteilungen. Natürlich musste er in Heidelberg, einer Stadt, in der man gerne Wein trank und dann noch mehr in München, wo das Bier als „flüssiges Brot“ galt, auffallen. Bei einer Italienreise traf er zufällig mit einigen Deutschen zusammen, die ihn nicht kannten. Als diese erfuhren, dass er aus Heidelberg käme, fragten sie ihn, ob er vielleicht den merkwürdigen Professor kenne, der nichts trinke. Bei seinem Dienstantritt in München 1903 als Nachfolger von Anton Bumm, galt er bereits durch seinen strammen Antialkoholismus als Sonderling. Zu den Anekdoten, die man sich erzählte, gehörte,

dass Frau Kraepelin bei der Einstellung eines neuen Dienstmädchens, die strenge Ermahnung gab, dass auf keinen Fall Alkohol ins Haus kommen dürfe. Dieses hätte aber nur völlig ungerührt erklärt, ja, das kenne sie – sie hätte schon einmal bei einer Herrschaft gedient, wo der gnädige Herr in einer Säuferranstalt war.

Bei Kraepelins Amtsantritt standen zwei Dinge im Vordergrund: Das war zum einen die Vollendung der fast fertig gewordenen neuen Psychiatrischen Klinik der Universität. Zum anderen der Antritt einer schon geplanten vier Monate langen Fahrt nach Java, die auch den transkulturellen Studien Kraepelins in der Psychiatrie dienen sollte. In dieser Zeit starb der damalige Ordinarius in Berlin Friedrich Jolly. Der mächtige preußische Ministerialdirektor Friedrich Althoff, der Kraepelin kannte und schätzte, bat ihn um eine Stellungnahme, ob denn noch Psychiatrie und Neurologie unter einem Direktorat in Berlin weiter existieren solle. Kraepelin beantwortete diese Frage ablehnend. Die Post brauchte nach Berlin so lange, dass inzwischen die Entscheidung schon gefallen war, an der bestehenden Regelung in Berlin festzuhalten. Dies geschah dann noch mit Erfolg 65 Jahre lang. Bei seiner Rückkehr nach München war der Rohbau der Klinik fertig. Die Inneneinrichtung mit zahlreichen Gegenständen beschäftigte Kraepelin und seine Mitarbeiter sehr intensiv.

„Rindvieh, psychiatrisches“

Nach München folgten ihm drei Heidelberger Mitarbeiter. Es waren dies Alois Alzheimer, Robert Gaupp und Paul Nitsche. Alle drei sind in die Psychiatriegeschichte eingegangen – Nitsche dabei jedoch leider höchst negativ. Alzheimer ist selbst in Laienkreisen durch die von ihm nachgewiesene Demenz sehr bekannt geworden. Es war seine erklärte Absicht, „der Psychiatrie mit dem Mikroskop weiter zu helfen“. Alzheimer nahm nie Urlaub und vertrat, häufig mit großem Arbeitsaufwand, Kraepelin bei dessen langen und weiten Urlaubsfahrten. 1912 wurde er Ordinarius in Breslau, erkrankte jedoch schon auf der Fahrt dorthin und erholte sich nie wieder. Von Gaupp kannte man seinerzeit vor allem die Schriften und das Gutachten über den Hauptlehrer Wagner, der seine Frau und vier Kinder ermordete und dessen Begutachtung zur Einstellung des Verfahrens führte und damit einen bedeutenden Beitrag zur Paranoiafrage darstellte. Die Empörung in der Bevölkerung war gewaltig. Gaupp, der bedroht wurde, verwahrte noch lange Jahre eine Postkarte, auf der lediglich „Rindvieh, psychiatrisches“ stand. Gaupp wurde Ordinarius in Tübingen. Kraepelin hätte ihn später gerne als seinen Nachfolger in München gesehen, aber dies wurde bekanntermaßen Oswald Bumke – Karl Bonhoeffer hatte abgelehnt. Kraepelin hatte zu Beginn seiner Münchner Amtszeit noch gehofft, Nitsche würde den kollegialen Zusammenhalt in der Klinik fördern. Nach einem durch Krankheit bedingten frühen Ausscheiden in München stand Nitsche später an der Spitze der Anstalten in Leipzig-Dösen und Pirna-Sonnenstein. Er gehörte schließlich zu den führenden Verantwortlichen der verbrecherischen „Euthanasie“-Aktion. Er wurde nach dem Zweiten Weltkrieg angeklagt, zum Tode verurteilt und 1948 hingerichtet.

Ernst Klee schrieb 2003, dass Kraepelin „Lehrer zahlreicher NS-Psychiater“ gewesen sei. Das ist eine einseitige Formulierung. Kraepelin war vielmehr längere Zeit überhaupt der wichtigste deutschsprachige Lehrer ungewöhnlich vieler Psychiater, ja im übertragenen Sinne aller Psychiater – darunter waren leider auch solche, die in der NS-Zeit schuldig wurden.

Querulantenwahn, Pfropfhe- phrenie, Kataphasie

Wenn man Kraepelins umfangreiches wissenschaftliches Werk überblickt, merkt man, dass davon heute fast ausschließlich seine Lehrbücher noch Erwähnung finden. Meist beschränkt sich die Erinnerung nur noch auf die Dichotomie manisch-depressives Irresein einerseits und Dementia praecox (D. p.) andererseits, eine Einteilung, die sich nach der Prognose richtete. Sicher war vor allem die Schaffung des Dementia praecox-Begriffes mit seinen Inhalten ein Fortschritt. Den Begriff in seiner französischen Form gab es schon bei Benedict Augustin Morel (*de'mence pre'coce*, 1860). Der verstand darunter eine Erbpsychose mit schnellem geistigen Abbau, identisch am ehesten mit dem, was Ewald Hecker und Karl Ludwig Kahlbaum unter Hebephrenie, „Jugendirresein“, verstanden (Hebe war in der griechischen Sagenwelt die Göttin der Jugend). Dies war dann zunächst auch Kraepelins Begriff von D. p. Dann kamen aber die Katatonie und paranoide Formen, an denen Kraepelin ähnliche schlechte Prognosen festzustellen glaubte. Den Begriff der Katatonie übernahm er von Kahlbaum, den er noch persönlich kennen gelernt hatte. Dieser hat ein Krankheitsbild beschrieben, das „der Reihe nach die Zeichen der Melancholie, der Manie, des Stupors, eventuell der Verwirrtheit und des Blödsinns darbietet und sich außerdem durch das Auftreten gewisser motorischer Krampf- und Hemmungserscheinungen auszeichnet.“ Kraepelin legte auf die letztgenannten Erscheinungen besonderen Wert, betonte aber auch hier die meist schlechte Prognose. Er schränkte 1904 ein, „dass dieser ungünstige Ausgang nicht ausnahmsweise eintreten muss.“ Er ist für Kraepelin aber dominierend,

sodass die Bezeichnung Dementia, die ja die Prognose ausdrücklich negativ sah, beibehalten wurde.

Eugen Bleuler achtete durchaus die Arbeit von Kraepelin, kritisierte aber die negative Bezeichnung D. p. und sah die Formulierung „Gruppe der Schizophrenien“ als zweckmäßiger an. Sie setzte sich auch durch, allerdings mit der Einschränkung, dass, obwohl Bleuler ausdrücklich von Schizophrenien – also der Mehrzahl – sprach, viele nur noch von der Schizophrenie, also einer Krankheit redeten. Die vielen Differenzierungen durch Carl Wernicke, Karl Kleist und Karl Leonhard und anderen sind bekannt. Man hat die Freiheit, die Zahl möglicher Psychosen unterschiedlich zu sehen. Allerdings ist die verbreitete Meinung, eine Dichotomie, also Schizophrenie einerseits und manisch-depressive Krankheit andererseits unter Hinweis auf Kraepelins Autorität mit Fußnoten zu behaupten. Auch Kraepelins anerkannte Zwischenformen und Kombinationen. Beispielsweise bekam die Paranoia („Verrücktheit“), die man heute im allgemeinen der Schizophrenie zurechnet, in verschiedenen Auflagen ein eigenes Kapitel. Kraepelin bestritt zwar einerseits für die Paranoia ein eigenes Krankheitsbild, gab dann aber teilweise durchaus eigenständige Krankheitsbeschreibungen (z. B. Verfolgungs- oder Querulantenwahn). Hier wurde aber auf den Syndromcharakter verwiesen mit häufiger Zugehörigkeit zur D. p. In Kurt Kolles Arbeit in den „Großen Nervenärzten“ wird die Paranoia in Kraepelins Diagnoseschema noch als eigene Krankheit aufgeführt. Nach Ernst Kretschmer gibt es zwar Paranoiker aber keine Paranoia als eigenes Krankheitsbild.

Die Änderungen zwischen den verschiedenen Auflagen von Kraepelins Lehrbüchern sind beachtlich, sodass man – überspitzt formuliert – bei einem Hinweis auf Kraepelin die Auflage mit erwähnen müsste. Es gibt häufig Ergänzungen. So tauchen beispielsweise in der 8. Auflage die Unterformen Pfropfhephrenie (frühe psychotische Symptome bei geistiger Schwäche, später auch als Pfropfschizophrenie bezeichnet) und Schizophasie (Sprachverwirrtheit) auf. Die Bezeichnung Schizophasie war eine Verbeugung vor Bleuler, als Kraepelin

eine besondere Form der Sprachverwirrtheit bei der Dementia praecox feststellte. Leonhard übernahm den Begriff, nannte ihn aber Kataphrasie, um die Beteiligung katatoner Zeichen zu betonen.

Verirrungen und Visionen

Vieles von Kraepelin kann man noch heute bejahen, manchmal findet man aber Aussagen, bei denen man sich wünschen würde, er hätte sie nie getan. Man muss sogar befürchten, sie ebneten teilweise den Weg zu einer Psychiatrie des „Dritten Reiches“. So liest man in der 8. Auflage seines Lehrbuchs von 1909 die Meinung: „Eine der schönsten Blüten unserer Gesittung, die Menschenliebe, hat die hässliche Schattenseite, dass ihre Hilfe die Untauglichen und Bestraften, insbesondere die geistig Minderwertigen und Kranken, am Leben hält ... Unglücksfälle, Gewerbekrankheiten und Kriege rafften vorzugsweise die Leistungsfähigen dahin, während die Schwächlinge überleben.“ Aber in anderen Dingen hatte Kraepelin geradezu modern anmutende Vorschläge beziehungsweise Kritiken. So schrieb er beispielsweise 1909 über die Anstaltsärzte: „... die unbefriedigende wirtschaftliche Lage, endlich die Überhäufung mit reinen Verwaltungsaufgaben stellen sehr bedeutende Anforderungen an die Berufsfreudigkeit und die geistige Spannkraft. Neigung und Fähigkeit zu wissenschaftlicher Fortbildung, zur Anregung und Erziehung der jüngeren Ärzte werden dadurch in empfindlicher Weise beeinträchtigt. Dazu kommt, dass fast überall die Zahl der an den Anstalten vorgesehenen Ärzte viel zu gering ist.“ Er meinte, dass es „eine äußerst kurzsichtige Anschauung“ wäre, zu glauben, dass „durch die wissenschaftliche Betätigung dem Krankendienste ... Zeit entzogen werde; gerade das Gegenteil ist der Fall ...“, so kann darüber kein Zweifel sein, dass die Förderung wissenschaftlicher Bestrebungen die reichsten Früchte auch für die praktische Krankenfürsorge trägt ... ein häufiger Austausch der Ärzte an Anstalten und Kliniken ...“ sei „ein besonders wertvolles Mittel“. Er forderte für die Ärzte eine „ausreichende Sicherung ihrer wirtschaftlichen Stellung und Altersversorgung, Ermöglichung befriedigenden Familienlebens, sodann Ab-

kürzung der Dienstzeit, Gewährung genügender Urlaubs- und Erholungszeiten, Einrichtung behaglicher Wohnungen und eigener Erholungsräume“. Einen Teil dieser Forderungen würde man heute noch stellen müssen; bei einem anderen Teil wäre es jedoch nicht mehr nötig.

Später entwickelte er eine ausgesprochene Neigung zur Geschichte der Psychiatrie, wie man in seinen Werken nachweisen kann. Als Standardwerk auf diesem Gebiet zeigte sich sein ausführlicher Vortrag über „Hundert Jahre Psychiatrie“, den er zur Eröffnung der „Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie“ hielt und der dann auch in Buchform erschien. Wie er bekannte, mündete seine „Beschäftigung mit der Entwicklungsgeschichte unserer Wissenschaft“ in das Entstehen der zwei Bände „Deutsche Irrenärzte“ (1921/24). Hierfür gewann er als Herausgeber den Schleswiger Psychiater Theodor Kirchhoff. Kraepelin schrieb das Geleitwort sowie mehrere Einzelbiografien und veranlasste dann noch die abschließende Würdigung von Kirchhoff, als dieser kurz vor der Vollendung des zweiten Bandes starb.

Großes Vermächtnis

Kraepelin reiste zwar viel, nahm aber des Öfteren ganze Kisten mit Krankengeschichten mit. Seine internationale Reputation war groß, er wurde zu Begutachtungen sogar in die USA eingeladen. Zwischendurch machte er lange Wanderungen (bis zu 12, ja 15 Stunden täglich). Zu seinem Besitz gehörte ein Blockhaus im Isartal. Er machte dafür selbst Holzfällerarbeiten. Der Höhepunkt seiner Freizeitgestaltung war der Bau eines eigenen Hauses am Lago Maggiore, wo er mit Familie und anderen häufig weilte. Seine Interessen waren sehr vielseitig. Er schrieb sogar eine Reihe von melancholischen lyrischen Gedichten, die nach seinem Tode erschienen.

Kraepelins letztes größeres organisatorisches Werk war die Schaffung der „Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie“ in München. Die Gründung erfolgte 1917 – also beinahe schon im Endstadium des 1. Weltkrieges. Das war auch hohen Spenden der Firma Krupp zu verdanken. Mit solch Geld konnte auch später die Arbeitsgrundlage des

Forscherehepaars Oskar und Cécile Vogt bewahrt werden, beispielsweise durch den Bau eines neuen Institutes im Schwarzwald. Hinzu kamen US-amerikanische Mittel (darunter von einem ehemaligen Patienten). Solche Spenden waren es auch, die das Weiterbestehen der „Forschungsanstalt“ nach dem Kriege ermöglichten. Es gab mehrere Abteilungen: eine klinische, die Johannes Lange leitete, eine hirnpathologische mit Korbinian Brodmann, Franz Nissl und Walter Spielmeier, eine serologische mit Felix Plaut und eine genealogische mit Ernst Rüdin. Es kann kein Zweifel sein, dass der „Irrenarzt“ Kraepelin sich hier auch große Verdienste um die Neurologie erwarb.

Emil Kraepelin starb am 7. Oktober 1926 in München nach kurzer Krankheit an einer Grippe, mitten in den Vorbereitungen für eine große Indienreise und beschäftigt mit der Überarbeitung seines Lehrbuchs für die 9. Auflage. Die letztgenannte Arbeit führte sein Schüler Johannes Lange zu Ende. □

AUTOR

**Dr. med. Christian Donalies,
Wittstock/Dosse**

Versorgung und Vergütung



Bild: macroman_fotolia

**33 Medizin statt Ideologie
Brauchen wir eine
Neustrukturierung der
Versorgungsebenen?**

**39 Weiterentwicklung von
EBM und HVV
Alles jetzt ganz einfach!
Oder doch nicht?**

**41 GOÄ
Bewertungsfindung läuft**

**43 Wie gut ist die ambulante
psychiatrische Versorgung?**

**47 Interview mit Dr. C.-H. Müller:
Gehören Regresse bald der
Vergangenheit an?**

MEDIZIN STATT IDEOLOGIE

Brauchen wir eine Neustrukturierung der Versorgungsebenen?

Zum Ärztetag 2008 in Ulm legte die Kassenärztliche Bundesvereinigung einen Entwurf zum Thema „Überlegungen zu einer Neustrukturierung der Versorgungsebenen“ vor. Das entfachte vor allem innerhalb der Vertragsärzteschaft eine Diskussion darüber, ob eine solche starre Definition von Versorgungsebenen benötigt wird – und wenn ja, ob inhaltlich dem Vorschlag der KBV gefolgt werden kann.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat eine Reihe von Problemen identifiziert, die laut des Vorstandsvorsitzenden Dr. Andreas Köhler die Einführung einer Wettbewerbsordnung erforderlich machen:

1. Zunehmender Wettbewerb als Folge des Vertragsarztänderungsgesetzes (Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften sowie Krankenhausambulanzen und Medizinische Versorgungszentren)
2. Auflösung der flächendeckenden wohnortnahen ambulanten haus- und fachärztlichen Rund-um-die-Uhr-Versorgung durch Wettbewerbselemente ohne eine Wettbewerbsordnung
3. Drohender Mangel an Vertragsärzten
4. Demografische Entwicklung
5. Fehlende Gewährleistung der wohnortnahen Versorgung in der Zukunft.

Anders formuliert: Welcher Arzt steht in welcher Region zur Verfügung und versorgt welchen Patienten in welchem Stadium der Erkrankung am besten? Wie sieht eine intelligente Steuerung aus, die dafür sorgt, dass die knappe „Ressource Arzt“ effizient genutzt wird?

Stimmenvielfalt der Politik

Die Antworten auf diese Fragen fallen je nach politischer und ideologischer Verortung äußerst unterschiedlich aus. Weiterhin wird die Förderung von Disease-Management-Programmen, Primärarztmodellen und die Öffnung der Krankenhäuser favorisiert. Eine leichte Verschiebung des Schwerpunkts im Hinblick auf strukturierte Versorgungsverträge zeichnet sich ab. Dies zeigt sich durch die Fokussierung auf strukturierte Versorgungsverträge nach § 73b beziehungsweise § 73c SGB V. Eher populistisch mutet der Vorschlag an, Arbeitslose in der Demenzbetreuung einzusetzen.

Der aktuelle Konflikt der Ärzteschaft

Die Ärzteschaft realisiert nur zögerlich die veränderten Rahmenbedingungen unter denen vertragsärztliche Versorgung jetzt und zukünftig geleistet wird. Viele Kolleginnen und Kollegen sind verunsichert und suchen nach Orientierung in der „neuen Welt“ des Vertragswettbewerbes. Sie sind unter anderem verärgert über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die ihnen in dieser Situation wenig Hilfestellung geben. Sie

werden sogar von den Mitgliedern als Verursacher des inflationären Verfalls der Honorare angesehen. Die allgemeine Stimmung im Gesundheitssektor ist von Unzufriedenheit geprägt. Dies zeigt sich nicht nur auf Ärzteseite. Krankenkassen, aber auch viele Politiker sprechen sich gegen den Gesundheitsfonds aus. Die seit Jahren angespannte Honorarsituation in den vertragsärztlichen Praxen ist ein möglicher Hintergrund dafür, dass die meisten Ärzten dem Versprechen einer Verbesserung ihrer Honorarsituation durch die jüngsten Beschlüsse im erweiterten Bewertungsausschuss mit Skepsis begegnen. Die Tatsache, dass ein Mittelzufluss von rund 2,5 Milliarden Euro an dieser Grundhaltung nichts zu ändern vermag, ist möglicherweise ein Hinweis für das Ausmaß an Verbitterung und Resignation in der Ärzteschaft.

Mindestens ebenso schwer wiegt das Gefühl, dass die KVen als Körperschaften Öffentliches Recht zunehmend das Vertrauen der Ärzteschaft verlieren. Viele Kollegen trauen der KV nicht mehr zu, sich aus eigener Kraft zu reformieren und die Interessen der Ärzte, vor allem im Sinne einer gerechten Honorarverteilung

wahrzunehmen. Ein Umstand, an dem sowohl KVen wie auch Ärzte keinesfalls unschuldig sind. Versäumnis und Fehler der KVen, aber auch Machtpolitik starker Arztgruppen innerhalb der KVen rächen sich jetzt bitter.

Reaktionen

So ist aktuell eine inflationäre Gründung von Netz- und Genossenschaften in der Republik zu beobachten. Viele Ärzte sind der sicheren Überzeugung, dass ihnen nur der Ausstieg aus dem KV-System Befreiung von Regressen und Reglementierungen und vor allem aber höhere Honorareinkünfte beschert wird. Dies könnte in einem wettbewerbsorientierten System für einige Ärzte oder Arztgruppen der Fall sein. Hier tritt der wettbewerbliche Markt mit seinen Chancen (und Risiken) mit dem Prinzip der kollektivvertraglichen Versorgung durch die KV in Konkurrenz. Die mit vielen Vorschusslorbeeren bedachten Hausarztverträge nach § 73b in Baden-Württemberg, Bayern und Schleswig-Holstein werden den Hausärzten am Ende möglicherweise nicht wirklich mehr Geld bescherten als die durchschnittlichen KV-Vergütungen, die sie zuvor erhielten. Allerdings hätte sich die größte Arztgruppe ein eigenständiges Verhandlungsmandat geschaffen.

Antwort der KBV

Die KBV hat nun im Frühjahr dieses Jahres „Überlegungen zu einer wettbewerbsorientierten Neustrukturierung der Versorgungsebenen“ vorgelegt. Dies stellt sozusagen die KV-Antwort auf die beschriebene Problemsituation und die oben skizzierte Gemengelage dar. Dabei

fällt bei erster Betrachtung auf, dass das KV-System augenscheinlich von sich aus Zugeständnisse an die aktuelle Gesundheitspolitik macht. Zumindest lässt die Tatsache, dass beispielsweise die spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene beschrieben wird, diese Interpretation durchaus zu. Sie wird auch nicht dadurch entkräftet, dass sich die KV in der Beschreibung der Vertragsformen (immerhin!) noch als optionalen Vertragspartner beschreibt, den Sicherstellungsauftrag aber bei der Krankenkasse sieht. Begründet wird die Definition dieser Versorgungsebene damit, dass dieses Versorgungskonzept lediglich „die Realität“ beschreibe, die sich an vielen Stellen schon in dieser Weise abbilde. Unbeantwortet bleibt die Frage, ob dies sinnvoll ist, gar wünschenswert, und ob es insofern überhaupt zweckmäßig erscheint, eine solche Entwicklung zu propagieren und zu konzeptualisieren.

Ähnliche Überlegungen können für die Einführung einer sogenannten Grundversorgungsebene angestellt werden. Hier werden Hausärzte sowie einige Facharztgruppen wie Augen- oder Frauenärzte und neuerdings gegebenenfalls auch Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten gesehen. Diese Arztgruppen werden somit als die zukünftigen Repräsentanten des KV-Systems im Kollektivvertrag beschrieben mit separat zu definierenden und weiter zu entwickelnden Vergütungsanteilen.

Das Konzept ist an dieser Stelle unvollständig, insbesondere in der Beantwortung der Frage, wie die Versorgung in unterversorgten Gebieten sicherzustellen ist. So wird vorgeschlagen, Fachärzte der wohnortnahen fachärztlichen Versorgungsebene kurzerhand mit einer Zusatzqualifikation „hausärztliches Versorgungsmanagement“ auszustatten. Andererseits sieht man medizinische Fachangestellte und Gesundheitsberufe oder die Versorgungsassistenten in der hausärztlichen Praxis als mögliche Träger der Versorgung. Dabei bleibt außer Acht, dass in unterversorgten Gebieten meist auch die fachärztliche Versorgung unterrepräsentiert ist und die Übernahme von hausärztlichen Aufgaben durch Fachärzte weitere Lücken in der fachärztlichen Versorgung entstehen lassen würde. Gleich-

zeitig wäre aber davon auszugehen, dass die Stärkung der medizinischen Fachangestellten oder hausärztlichen Versorgungsassistentinnen nicht nur in unterversorgten Gebieten zu strukturellen Änderungen in der Versorgung und weitergehenden Ansprüchen dieser Berufsgruppen führen würde.

Dies ist ein Schritt in Richtung Delegation ärztlicher Aufgaben an einigen Stellen sinnvoll sein und ermöglichen, dass Ärzte an anderer Stelle mehr Kapazitäten für andere und originäre ärztliche Aufgaben zur Verfügung haben. Hierüber sollte dann eine offene Debatte mit allen Beteiligten geführt werden.

Vor allem aber ist das fünfstufige Versorgungsebenenkonzept (siehe Kasten unten) in die Kritik geraten wegen der ursprünglich konzeptionell angelegten Überweisungsvorbehalte. Sie sahen vor, dass die Inanspruchnahme einer „höheren“ Versorgungsebene einem strikten Überweisungsvorbehalt unterliegen sollte. Dabei ist zu konzeditieren, dass die Einführung von Gatekeeper-Funktionen eine durchaus sinnvolle steuernde Wirkung im System entfalten könnte, vor allem im Hinblick auf den Zugang zu hochtechnisierten, hochpreisigen diagnostischen Maßnahmen. Eine schon jetzt erkennbare „Verwässerung“ dieser grundsätzlichen Konzeption des Versorgungsebenenmodells macht aber das ganze Modell hinfällig. Aus neurologisch-psychiatrischer Sicht stellt sich an dieser Stelle die Frage, ob eine sinnvolle Gatekeeper-Funktion tatsächlich mittels eines derartig groben und starren Rasters zu bewältigen ist.

Cui bono?

Insbesondere stellt sich die Frage nach einem cui bono bei einem freiwilligen Verzicht auf einen Teil der fachärztlichen Versorgung im KV-System (der hochspezialisierten „krankenhausnahen“ fachärztlichen Versorgung). Zu denken gibt der „freiwillige Verzicht“ auf die Integration der spezialisierten fachärztlichen Versorgungsebene in das KV-System. Die Frage drängt sich auf, ob nicht die hohen Kosten der hochspezialisierten fachärztlichen Leistung der Grund dafür sind, sich von diesen teuren Versorgern gar nicht so ungern trennen zu

5-stufiges Konzept der Versorgungsebenen

- Stationäre spezialisierte Versorgung
- Stationäre Grund- und Regelversorgung
- Spezialisierte fachärztliche krankenhausnahe Versorgungsebene (SPVE)
- Wohnortnahe fachärztliche Regelversorgungsebene (WVE)
- Primärversorgungsebene (PVE)

wollen. Hat doch gerade die hochpreisige, hochspezialisierte Medizin den Kollektivvertrag in den letzten Jahren arg in Bedrängnis gebracht.

Gerade an dieser Bruchstelle aber wird die Problematik der bisherigen kollektivvertraglichen Versorgung im Sicherstellungsauftrag mit einer Vielzahl von völlig intransparenten und nicht nachvollziehbaren Honorarverteilungsverträgen und -regelungen deutlich. Hier rächt sich bitter, dass Honorare über viele Jahre „vertraglich“ weiterentwickelt wurden und jegliche nachvollziehbare betriebswirtschaftliche Kalkulation nicht existierte. Hier ist die eigentliche „Honorarlüge“ verwurzelt: ein nach betriebswirtschaftlichen Methoden kalkulierter einheitlicher Bewertungsmaßstab, der schon unmittelbar nach seiner Verabschiedung jeglicher Chance beraubt wurde Wirkungen zu entfalten, da er bei der Umsetzung in der Realität der Länder-KVen nicht nur interpretiert, sondern transkodiert, hin- und hergerechnet sowie letztlich der Kassenlage angepasst wurde. Kein Wunder, dass viele Kollegen ein Kostenerstattungssystem fordern. Dabei geht es nicht wirklich um die Systemfrage! Wahrscheinlich wären die meisten auch mit einem Sach-Leistungs-System zufrieden, wenn betriebswirtschaftlich kalkulierte Honorare und Gewinne tatsächlich zu 100 % ausbezahlt würden.

Medizin statt Ideologie!

Welche Überlegungen können Haus- und Fachärzte aus ihrer medizinischen Kompetenz heraus zu den genannten Problemen beisteuern und welche Lösungsmöglichkeiten kann die Ärzteschaft der Politik und der Selbstverwaltung anbieten?

Alle denkbaren Fragen zu Diagnostik und Therapie von Erkrankungen sind in den wissenschaftlichen Leitlinien der wissenschaftlichen Gesellschaften beziehungsweise in den sogenannten Versorgungsleitlinien nachzulesen. Die Frage, an welcher Stelle der Patient in welchem Stadium seiner Erkrankung am besten (und am wirtschaftlichsten) behandelt werden kann, ist nur durch die Anwendung von klinischen Behandlungspfaden zu beantworten. Am Beispiel der Volkskrankheit Depression lässt sich dies sehr

gut darstellen. Depressionen treten in hoher Prävalenz in der Bevölkerung auf und sie gehören zu den häufigsten Erkrankungen weltweit. Die Behandlung erfolgt unter anderem durch Hausärzte, Nervenärzte, Psychiater, Ärzte für psychotherapeutische Medizin, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Der Zugang zu allen genannten Berufsgruppen ist frei, eine sinnvolle Steuerung kaum gegeben. Es bleibt der Selbsteinschätzung des Patienten und seiner Erfahrung und Kenntnis des Systems überlassen, an wen er sich wendet. Die weitere Behandlung ist dann institutionell vorgegeben und richtet sich nach Ausbildung und Kompetenz des Erstbehandlers.

Ein Ausweg aus dem Dilemma wird sich auch durch die Einführung eines Primärärztsystems nur bedingt ergeben. Eine schon etwas weitergehende Strukturierung könnte möglicherweise das Versorgungsebenenmodell der KBV mit sich bringen. Zielführend wird aber die Frage erst unter Anwendung eines ausgefeilten klinischen Behandlungspfades beantwortet. Dies wird vor allem dann der Fall sein, wenn der klinische Behandlungspfad den regionalen Gegebenheiten Rechnung trägt. In manchen integrierten Versorgungsmodellen werden derartige neue Wege der Patientensteuerung gerade ausprobiert. Es wird unter anderem definiert wie lange ein Patient in einem Versorgungssektor zu behandeln ist, wann eine Weiterüberweisung beispielsweise von der haus- in die fachärztliche Praxis sinnvoll ist, wann Psychotherapie vorgeschlagen werden sollte, aber auch umgekehrt, wann psychotherapeutische Behandler eine psychiatrische Expertise hinzuziehen. Ein solches System hat den Vorteil, dass die Morbidität des Patienten vorgibt, an welcher Stelle er im Versorgungssystem behandelt wird. Es ist aber beispielsweise auch in der Lage, regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte abzufedern. Im konkreten Beispiel müssen an der Versorgung Depressiver beteiligte Hausärzte, Fachärzte, aber auch Kliniken und Klinikambulanzen vor Ort ihre Kapazitäten und Möglichkeiten in der Therapie gemeinsam ausloten und die Patientensteuerung danach ausrichten. Derartige Modelle

sind auf alle großen und wichtigen Erkrankungen übertragbar.

Aus der geschilderten integrierten Betrachtungsweise ergibt sich im übrigen ohne jegliche weitere Definitionserfordernis die Notwendigkeit einer starken hausärztlichen Versorgungsebene. Dort werden viele Patienten erstmalig mit ihren Beschwerden identifiziert. Vor allem bietet ein solches Modell aber Anreize zur Vernetzung! Und schließlich ermöglicht es größtmögliche Flexibilität und eine an der Morbidität orientierte Versorgung. Es beantwortet die Frage nach den Versorgungsebenen morbiditätsbezogen und macht damit eine institutionelle Vorgabe, die sui generis immer starr und im Einzelfall unpassend ist, überflüssig.

Eine sachdienliche und nicht berufspolitischen Interessen folgende Ausrichtung der klinischen Behandlungspfade könnte selbstverständlich mit sich bringen, dass beispielsweise die Indikation zu hochspezialisierten und auch hochpreisigen fachärztlich diagnostischen oder auch therapeutischen Leistungen durch diejenigen in der Versorgungskette gestellt würde, die dafür die größtmögliche Expertise haben.

Brain-Konzept

Der BVDN hat in Kooperation mit den Psychiater- und Neurologenverbänden (BVDP, BDN) Modelle für regionale Versorgungsnetze entwickelt. Es wurde eine Genossenschaft (Brain-Konzept) als Dachorganisation regionaler neurologisch-psychiatrischer Versorgungsnetze gegründet. Die Genossenschaft hält Logistik und Know-how für die Gründung und Administration regionaler Netze vor und ist behilflich beispielsweise bei der Implementierung von Satzungen, der Organisationsstruktur und vielem mehr.

Nur ein medizinisch basiertes Versorgungsmodell kann sich ideologischen und politischen Anfechtungen gegenüber als resistent erweisen. Eine solche Versorgung hätte den Anspruch möglichst alle an der Versorgung beteiligten Ärzte einer Region mit einzubeziehen. Dies wäre die von medizinischen Behandlungspfaden und insofern medizinisch/versorgungspolitisch inspirierte Antwort auf die Überlegungen der KBV. Bei ge-

schickter Ausrichtung sowohl auf die medizinischen Erfordernisse als auch auf die ökonomischen Randbedingungen hat ein solches Modell auch in einem wettbewerbsorientierten Gesundheitsmarkt große Chancen.

Wenn das KV-System es nicht schafft, den Honorarbetrug abzustellen, wird das System auch nach einem möglichen „Abstoßen“ der besonders teuren Arztgruppen (wie im Vorschlag zu den Versorgungsebenen diskutiert) nicht überlebensfähig sein, da die Ärzteschaft schon jetzt den mentalen Spagat zwischen betriebswirtschaftlicher Führung ihrer Unternehmen, einem betriebswirtschaftlich kalkuliertem EBM und der immer größer werdenden Diskrepanz der zur Auszahlung kommenden Honorare kaum länger aushalten kann. Schon jetzt sind die Auswirkungen der immer stärker werdenden Zentrifugalkräfte unübersehbar.

Wenn die KVen nicht bald durchsetzen, dass betriebswirtschaftlich kalkulierte Gebührenordnungspositionen auch ausgezahlt werden und darüber hinaus selbst attraktive strukturierte Behandlungsprogramme (§§ 73b/73c) verhandeln und in Kooperation mit den Verbänden durchführen, werden Verbände und Genossenschaften dies ohne die KVen tun. Die Hausärzte haben als stärkste Gruppe schon damit begonnen. Es spricht im übrigen viel dafür, dass KVen flexibler und marktgerechter agieren könnten ohne die Fußfesseln, die ihnen der Status einer Körperschaft öffentlichen Rechts anlegt.

Dringende strukturelle Reformen

Vertragsärzte nehmen eine zunehmende Verknappung finanzieller Ressourcen wahr. Aus Sicht des einzelnen Vertragsarztes ist diese Wahrnehmung richtig. Insgesamt stellt jedoch vor allem die kontinuierliche Zunahme von Leistungen und Integrierung neuer Leistungen in den Kollektivvertrag die Gesundheitspolitik vor nahezu unlösbare Aufgaben. Nicht nur die Möglichkeiten der medizinisch-technischen Diagnostik verändern sich exponentiell, sondern auch die therapeutischen Optionen. Dies begründet die Forderung nach einer grundlegenden Veränderung der Versicherungsgrundlagen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Konsequenzen für die neurologisch-psychiatrische Versorgung

Unabhängig von der Entwicklung der Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens und unabhängig von der Frage, ob Versorgung zukünftig im Sachleistungssystem weiterentwickelt wird oder teilweise oder ganz auf ein Kostenerstattungssystem umgestellt wird:

Notwendig ist die weitere Entwicklung und vor allem auch die Sicherung der wohnortnahen, ambulanten, neurologischen und psychiatrischen Versorgung. Diese Notwendigkeit ergibt sich allein durch die Prävalenzen der neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen. Aktuell und in den nächsten Jahrzehnten gehören neurologische und psychiatrische Erkrankungen zu den wichtigsten großen Erkrankungen. Sie werden Gesundheitssysteme und die Volkswirtschaft mit immensen Kosten belasten.

Um auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige ambulante Versorgung zu gewährleisten sind jetzt wichtige Weichenstellungen erforderlich. Die Politik hat erfreulicherweise die Wertigkeit einer qualitativ guten und flächendeckenden psychotherapeutischen Versorgung erkannt. Gleichwohl ist es noch nicht vollständig gelungen die ambulante psychiatrische Versorgung mit der psychotherapeutischen Versorgung gleichzustellen und adäquat finanziell auszustatten. Gerade im Hinblick auf die immer noch verbreitete Stigmatisierung vor allem schwer psychisch Erkrankter bleibt dies nicht nur unverständlich, sondern ist nicht hinnehmbar. Es darf keine psychisch Kranken „zweiter Klasse“ geben.

Die wohnortnahe neurologische und psychiatrische Versorgung muss nicht nur erhalten, sondern weiter ausgebaut werden. Dies gilt besonders auch für die Möglichkeiten der ambulanten wohnortnahen neurologischen und psychiatrischen Rehabilitation. □

AUTOR

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

1. Vorsitzender des BVDP

WEITERENTWICKLUNG VON EBM UND HVV**Alles jetzt ganz einfach! Oder doch nicht?**

Der Gesetzgeber hat im SGB V festgelegt, dass es ab 1. Januar 2009 einen bundeseinheitlichen Bewertungsmaßstab sowie bundeseinheitliche Orientierungspunktwerte geben soll (§ 87 Satz 1 und 2e SGB V), dass die Trennung in hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich erhalten bleibt (§ 87 Satz 2a), dass es eine regionale Euro-Gebührenordnung geben wird (§ 87a Satz 2) und dass es arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina geben soll (§ 87b). Des Weiteren geht erstmals seit Jahrzehnten das Morbiditätsrisiko zu Lasten der Krankenkassen und nicht zu Lasten der Vertragsärzte (Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung § 87a).

Weiter heißt es in § 87b: „Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte sind außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüten.“

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in seiner Sitzung im August 2008 einen Orientierungspunktwert von 3,5 Cent beschlossen. Der Preis für eine Sitzung antragspflichtiger Richtlinienpsychotherapie ist auf 81,20 Euro festgelegt. Dies gilt für alle Fachgruppen (Hausärzte, Fachärzte, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten). Die Vergütung für die psychotherapeutischen Leistungen wird von der Gesamtvergütung vor der Trennung in Hausarzt- und Facharztversorgungsbereich abgezogen. Was bedeuten diese Änderungen für Psychiater und Nervenärzte?

Abschaffung der bisherigen regionalen HVV

Die wohl revolutionärste Änderung besteht in der Abschaffung der bisherigen regionalen Honorarverteilungsverträge (HVV) zum 1. Januar 2009. Dies wirft aber sofort neue Fragen auf, weil in den

bisherigen regionalen HVV ganz unterschiedliche Strategien zur Mengengrenzung angewandt wurden, weshalb die Umstellung auf die bundesweiten Regelungen von 17 unterschiedlichen regionalen Voraussetzungen aus geschieht. In Nordrhein wurde zum Beispiel durch die sogenannten Individualbudgets eine „Preispolitik“ betrieben. Das heißt, der Punktwert wurde hier artifizial aufgrund einer rigorosen Mengengrenzung hochgehalten. Andere KVen haben bestimmte Leistungen, die sie für förderungswürdig hielten, in Strukturverträgen besonders vergütet, die nun hinfällig sind. Dies galt etwa in Bayern unter anderem für die psychiatrischen Leistungen. Wieder andere KVen haben eher eine „Mengenpolitik“ betrieben, das heißt, sie haben mehr abgerechnete Leistungen anerkannt, aber zu einem geringeren Punktwert vergütet. Letztendlich hat dieses bunte Bild dazu beigetragen, dass der Orientierungspunktwert nun bei manchen KVen unter, bei anderen über dem bisherigen Durchschnittspunktwert liegt. Die Vergütung der antragspflichtigen Richtlinienpsychotherapie wurde ebenfalls lange Zeit sehr unterschiedlich gehandhabt.

Errechnung arzt spezifischer Regelleistungsvolumina

Das arzt- beziehungsweise praxisspezifische Regelleistungsvolumen wird in mehreren Schritten ermittelt. Zunächst wird gemäß § 87c Abs. 4 Satz 6 SGB V ein Verfahren zur Berechnung des Behandlungsbedarfs entwickelt, damit erstmalig der Umfang der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2009 errechnet werden kann. Hierbei ist bereits der allgemeine Punktzahlanstieg durch den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) 2008 mit einem Plus von 9,7% berücksichtigt. Weiterhin wird ein Verfahren erarbeitet, um den Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V zu berechnen. Hierin bildet sich der Übergang des Morbiditäts-

risikos auf die Krankenkassen ab. Die Krankenkassen müssen zur Umsetzung dieser beiden Anteile der Gesamtvergütung umfangreiche Daten liefern, etwa über die Anzahl ihrer Versicherten. Bis Mitte Oktober 2008 lagen diese Zahlen noch nicht vor.

Nach Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung MGV auf Landesebene erfolgt der Abzug des Vergütungsanteils für die antragspflichtige Richtlinienpsychotherapie und schließlich die Trennung in hausärztlichen sowie fachärztlichen Versorgungsbereich. Danach wird im fachärztlichen Versorgungsbereich der arztgruppenspezifische Anteil jeder Arztgruppe errechnet, also der jeweilige Anteil für die Arztgruppen der Nervenärzte, Gynäkologen, Internisten etc. Hierzu wird der Leistungsbedarf der Arztgruppe in Punkten des Jahres 2007 herangezogen, und zwar nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung, jedoch vor Anwendung mengenbegrenzender Maßnahmen des jeweiligen HVVs. Ausgenommen sind die richtlinienpsychotherapeutischen Leistungen aus Kapitel 35.2 EBM, andere Vorewegabzüge und regional vereinbarte Leistungen außerhalb der MGV und RLV. Arztgruppen, die nicht dem RLV unterliegen, sind hier ausgenommen. Weiterhin werden Fälle im organisierten Notfalldienst sowie kurativ-stationäre Fälle nicht berücksichtigt.

Die gleiche Systematik wird für den individuellen Arzt beziehungsweise für die individuelle fachgleiche Gemeinschaftspraxis herangezogen, um das RLV zu errechnen. Der Leistungsbedarf in Punkten aus 2007 vor der Anwendung mengenbegrenzender Maßnahmen wird auf das einzelne Quartal bezogen und mit dem Orientierungspunktwert von 3,5 Cent multipliziert. Gestaltungsspielraum für die regionale KV besteht in der Genehmigung von über das RLV hinausgehenden Leistungen auf entsprechenden Antrag, der Anerkennung von Praxisbesonderheiten bei Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30%, und

schließlich in der Zusammenfassung, Streichung oder Ergänzung von Arztgruppen. Hierin besteht in unserer Fachgruppe die Möglichkeit, psychiatrisch-psychotherapeutische Praxen mit geringen Fallzahlen, geringem Anteil an Richtlinienpsychotherapie und hohen Fallwerten zu schützen. Diese Praxen versorgen oft mit hohem Zeitaufwand schwer psychiatrisch erkrankte Menschen und genossen bisher nicht die Vorteile der gestützten Vergütung für Richtlinienpsychotherapie.

Antragspflichtige Psychotherapie zum festen Preis

Alle Fachgruppen erhalten für die Durchführung von antragspflichtiger Richtlinienpsychotherapie (Kapitel 35.2 EBM) einen festen Preis von 81,20 Euro pro Sitzung. Dies gilt also nicht nur für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (KJP) sowie für Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie, (diese Fachgruppen unterliegen einem rein zeitbezogenen RLV), sondern auch für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie, Nervenärzte sowie alle anderen Fach- und Hausärzte mit Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse.

Die Ermittlung des arzt- beziehungsweise praxisspezifischen RLVs erfolgt für die Fachgruppe der Psychiater und Psychotherapeuten, Nervenärzte und Neurologen ohne die bisher erbrachte Richtlinienpsychotherapie nach Kapitel 35.2 EBM, wohl aber unter Einbezug der probatorischen Sitzungen und der nicht antragspflichtigen Leistungen nach Kapitel 35.1 EBM.

Bedeutung für unsere Gesamtfachgruppe

Die Fachgruppe der Nervenärzte in der Bedarfsplanung umfasst Ärzte für Neurologie, Ärzte für Neurologie und Psychiatrie, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Doppelfachärzte für Neurologie und für Psychiatrie/Psychotherapie sowie in einigen KVen honorartechnisch auch die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie. Alle diese Fachgruppen unterliegen dem fall-

zahlabhängigen Regelleistungsvolumen im Gegensatz zu den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sowie KJP und den Fachärzten für Psychosomatik und Psychotherapie, die einem rein zeitgebundenen Regelleistungsvolumen unterliegen.

Die heterogene Versorgungslandschaft in der Bedarfsplanungsgruppe der Nervenärzte bedingt nun auch regional sehr unterschiedliche Herausforderungen in der Umstellung auf die Regelleistungsvolumina. Damit verbunden sind derzeit viele Verunsicherungen. Eine Herausforderung wird sein, die Ermittlung des Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 vor Anwendung von mengenbegrenzenden Maßnahmen korrekt zu ermitteln. Hier werden Kollegen aus denjenigen Bundesländern, deren KV bisher sehr strikte Mengenbegrenzungen anwendeten und die deshalb ihren erbrachten Leistungsbedarf gar nicht abgerechnet haben, stark benachteiligt sein. Sie haben durch ihre niedrigen Fallwerte bisher „künstlich“ hohe Punktwerte bis zu 5,11 Cent generiert. Ihre niedrige Fallpunktzahl wird nun mit dem geringeren Orientierungspunktwert (OPW) von 3,5 Cent multipliziert. Gleichzeitig haben diese KVen dazu beigetragen, dass die Ermittlung des bundesweiten OPW so hoch ausfallen konnte. Die entsprechenden KVen, insbesondere Nordrhein und Schleswig-Holstein, haben auf diese Benachteiligung auch sofort lautstark aufmerksam gemacht. Die KBV verhandelt hier nach.

Eine weitere Herausforderung stellt die Tatsache dar, dass in Stadtstaaten und Ballungsräumen eine überdurchschnittliche Arztdichte vorhanden ist und es auf der anderen Seite in Flächenländern schwer zu versorgende ländliche Gebiete mit einer unterdurchschnittlichen Arztdichte gibt. Es gibt ein Nebeneinander von hochspezialisierter neurologisch-psychiatrischer Versorgung (das bedeutet eher geringe Fallzahlen und hohe Fallwerte) und einer „Basis“-Versorgung in schwer zu versorgenden Gebieten (das bedeutet eher hohe Fallzahlen und niedrige Fallwerte). Je homogener die Versorgung in einem Bundesland ist, umso genauer werden die Durchschnittsfallzahlen der Fachgruppe die bisherige Versorgungsrealität abbilden. Je inhom-

gener die Versorgung in einem Bundesland ist, umso mehr sind kleinräumige oder Klein-Gruppen-Lösungen gefragt, die mit der KV und den Kostenträgern verhandelt werden müssen. Die Gefahr besteht bei inhomogener Versorgung sonst darin, dass bei der Durchschnittsbildung sowohl Spezialisten als auch Basisversorger verlieren. Die Spezialisten bekämen einen geringeren Fallwert für ihre wenigen Fälle und die Basisversorger bekämen so weniger Fälle vergütet. □

AUTOR

**Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Andernach**

GEBÜHRENORDNUNG FÜR ÄRZTE – GOÄ Bewertungsfindung läuft

Dass die GOÄ dringend einer Überarbeitung, Anpassung und Ergänzung um neue Leistungsinhalte bedarf, wurde in den letzten Jahren von allen Beteiligten in Gesundheits- und Berufspolitik immer wieder bestätigt und gefordert. Die Vorbereitungen der Bundesärztekammer im Hinblick auf die Verhandlungen zur neuen GOÄ laufen auf Hochtouren.

Die Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) wird vom Bundesministerium für Gesundheit seit Jahren immer wieder verschoben, steht aber mittlerweile unmittelbar vor dem Abschluss. Ein Inkrafttreten im ersten Halbjahr 2009 gilt als wahrscheinlich. Indirekt betrifft dies auch die Novellierung der GOÄ, da Wechselwirkungen zwischen den beiden Gebührenordnungen zu erwarten sind: Die zentralen Forderungen im Allgemeinen Teil sind die Angleichung der GOZ an die vertrags(zahn)ärztliche Vergütung BEMA sowie die Kostenneutralität der Novellierung.

Politische Vorgaben zur Novellierung der GOÄ

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Zielsetzung, die Leistungen im privatärztlichen Bereich an den Bewertungsmaßstab der Zahnärzte (BEMA) und der Ärzte (EBM) anzugleichen. BMG und Kostenträger argumentieren, dass sich die Leistungen der Ärzte und Zahnärzte in beiden Vergütungssystemen nicht wesentlich unterscheiden. Dies trifft jedoch nicht zu, da sich die jeweiligen unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Vergütungsregelungen auch auf das jeweilige Leistungsverzeichnis auswirken. Ein System, das solidarisch finanziert, sozial rabattiert und strikten Wirtschaftlichkeitsprinzipien – wirtschaftlich, ausreichend, notwendig, zweckmäßig – unterworfen ist, muss einen anderen Leistungsumfang haben und andere Vergütungsstrukturen aufweisen als eine Gebührentaxe; diese muss den Wert der einzelnen ärztlichen Leistung abbilden und als Selbstzahlertaxe auch Grundlage für „Verlangensleistungen“ des Patienten sein. Neben den dargestellten systemati-

schen Unterschieden der Vergütungsregelungen ist eine Angleichung von EBM und GOÄ auch deshalb mit schwerwiegenden Nachteilen verbunden, weil der EBM lediglich ambulante und belegärztliche Leistungen abbildet, nicht aber krankenhausspezifische Leistungen.

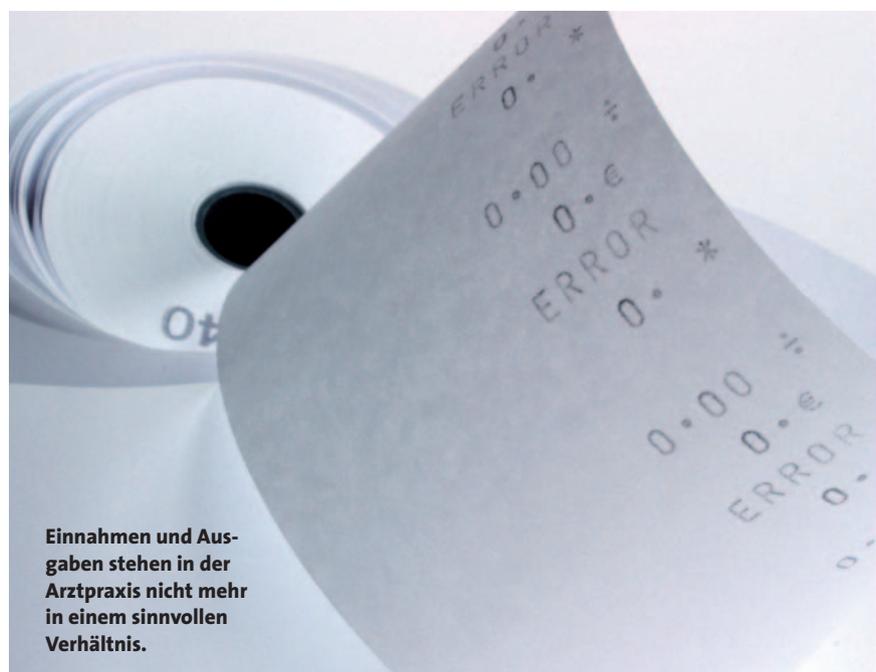
Gesundheitssystem verliert Finanzmittel

Die Angleichung der GOÄ an den EBM würde dem Gesundheitssystem Finanzmittel in Höhe von 10,5 Milliarden Euro entziehen. Will man den Unterschied zwischen der Vergütung für eine individuelle Behandlung und für normativ typisierte Sachleistungen beseitigen, wird damit das eigentliche politische Ziel sichtbar: Über eine Angleichung der Vergütungssysteme soll die Vereinheitlichung der Versicherungs-

systeme mit der Abschaffung der privaten Krankenversicherung als Vollversicherung und der Etablierung einer Bürgerversicherung erreicht werden. Die mit der Angleichung der Vergütungssysteme einhergehende Nivellierung der Vergütung nach unten wird dem Gesundheitssystem erhebliche Finanzmittel entziehen. Der Finanzierungsbeitrag aus der Privatliquidation nach GOÄ in Krankenhaus und Praxis in Höhe von circa 10,5 Milliarden ist unverzichtbar.

Medizinischen Fortschritt gibt es nicht zum Nulltarif

Die meisten GOÄ-Kapitel sind mehr als 25 Jahre alt. Die moderne Medizin spiegelt sich hierin nicht mehr wieder. Im betreffenden Zeitraum haben sich die Kosten in den Privat-Arztpraxen durchschnittlich um 72% erhöht. Die Lohn-



Einnahmen und Ausgaben stehen in der Arztpraxis nicht mehr in einem sinnvollen Verhältnis.

Bild: Jan Engel, fotolia

und Gehaltsentwicklung je beschäftigtem Arbeitnehmer stieg im Zeitraum 1985 bis 1991 im Durchschnitt um 25,87% sowie im Zeitraum 1991 bis 2004 zusätzlich um nochmals durchschnittlich 34,5% (Quelle: BMGS Statistisches Taschenbuch 2005). Die Ausgabenentwicklung in der Privaten Krankenversicherung (PKV) kann ebenfalls nicht als Grund für Kostenneutralität herangezogen werden, weil überproportionale Ausgabensteigerungen vor allem im Arznei- und Heilmittelbereich zu verzeichnen sind.

Aktualisierung des Gebührenverzeichnisses

Ablaufbezogene Leistungskomplexe werden in den Fällen gebildet, in denen medizinische Abläufe regelhaft in zeitlichem Zusammenhang erfolgen. Die Umsetzung wurde aufgeteilt in konservative sowie die operativ/interventionelle Leistungsinhalte. Im Kapitel G finden sich die Leistungen der Neurologie, Neurophysiologie, Neuropsychologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und der Psychotherapie.

Bei der OPS (Operationen und Prozedurenschlüssel)-Basierung der Gebührenpositionen arbeitet die Bundesärztekammer eng mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster zusammen. Diese entwickelte für die operativen Fächer zunächst einen Algorithmus zur Validierung der seitens der

Fachgesellschaften eingegangenen Vorschläge an Echtdaten. Diese Echtdaten stammen aus einem 2007 initiierten Datenpool, der ausschließlich für die GOÄ-Weiterentwicklung angelegt wurde und über 660.000 Datensätze aus 124 deutschen Kliniken umfasst. Des Weiteren wurde eine Methode zur empirischen Ableitung von ablaufbezogenen Leistungskomplexen aus den Echtdaten erarbeitet.

Bewertung der Leistungspositionen

Vorgabe der Bewertungsfindung ist, einen betriebswirtschaftlichen Ansatz zu verfolgen. Hiermit soll zum einen eine Aufwertung der ärztlichen Leistung wie auch zum anderen eine adäquate Honorierung der technischen und personellen Leistungskomponenten erreicht werden. Mit der Umsetzung dieses Teilprojektes wurde die Firma Prime Networks, Basel, beauftragt. Diese Firma hat sich auch international einen Namen in der Entwicklung ärztlicher Honorierungssysteme gemacht. Unter anderem wurde Prime Networks im Sommer 2007 von der KBV zur Struktur- und Kostenerhebung in den Fachgruppen Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychotherapie und Psychosomatik, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapie zur Weiterentwicklung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung herangezogen. Ein Teil dieses

Datenpools dürfte nun auch zur Weiterentwicklung des Kapitels G der GOÄ genutzt werden.

Die Bewertungsfindung soll für vier Teilbereiche entwickelt werden:

- A: Konservative Leistungen**
- B: Operative/Interventionelle Leistungen**
- C: Labormedizinische Leistungen**
- D: Leistungen der Strahlendiagnostik und -therapie, MRT und Nuklearmedizin**

Für den Teilbereich A, Konservative Leistungen, steht die Bewertungsfindung bereits kurz vor der Vollendung. Spezifische Bewertungschecklisten, mit denen die Parameter der betriebswirtschaftlichen Basisbewertung (Arztzeit, Personalzeit), Komplexitätsgrade, Angaben zu den notwendigen Funktionseinheiten sowie Investitionskosten bei insgesamt 160 Berufsverbänden und Fachgesellschaften erfragt wurden, bilden den Datenpool für diese Berechnungen. Im Anschluss soll die Bewertung der anderen drei Teilbereiche folgen.

Fazit

Die derzeit stattfindende Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) könnte präjudizierende Wirkung auf die Novellierung der GOÄ in der politischen Zielsetzung der Angleichung an den EBM und der Kostenneutralität haben. Es sprechen viele Gründe für die Beibehaltung einer amtlichen Gebührentaxe, die nichts mit einem solidarisch finanzierten, sozial rabattierten und einem strikten Wirtschaftlichkeitsgebot unterworfenen System gemein hat. Das Teilprojekt der Bewertungsfindung der konservativen Leistungen und damit der neurologischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen steht kurz vor dem Abschluss. Es bleibt zu hoffen, dass sich der betriebswirtschaftliche Ansatz der Bewertungsfindung dann auch in einer adäquaten Honorierung der ärztlichen Leistung niederschlägt. □

Anzeige

AUTOR

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach



Bild: andresr_stockxpert

Die Versorgungssituation in der psychiatrischen Behandlung gleicht einem Puzzle.

DATEN UND FAKTEN

Wie gut ist die ambulante psychiatrische Versorgung?

Der Bedarf an psychiatrischer Versorgung nimmt zu. Welcher Facharzt und welche Einrichtung für welche Erkrankten zuständig ist, ist jedoch oft unscharf definiert. Im Dickicht der Zuständigkeiten geht die Transparenz für Patienten, Ärzte und Kostenträger gleichermaßen verloren. Die Fraktioniertheit der Versorgung macht es zudem schwer, neue und klarere Strukturen zu schaffen. Doch die sind nötig, um den aktuellen Herausforderungen im Spannungsfeld von Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit zu begegnen.

Ob psychische Erkrankungen real zunehmen oder ob der Zuwachs an Behandlungsfällen eher auf eine gewachsene Sensibilität für psychische Behandlungsbedürftigkeit zurückzuführen ist, mag strittig sein. Real ist, dass die psychiatrischen Versorgungssysteme mit stetig wachsendem Versorgungsbedarf konfrontiert werden. Die folgenden Daten belegen dies beispielhaft:

- Bei den niedergelassenen Nervenärzten ergaben sich von 1994 bis 2004 Fallzahlsteigerungen um rund 50%.
- Bei Psychotherapien (genehmigte Verfahren) ist von 2000 bis 2006 ein Anstieg um 61% festzustellen.
- Während Krankenhausfälle (alle Diagnosen) von 1994 bis 2005 um 11% angestiegen sind und seit 2001 stagnieren, sind bei psychiatrischen Diagnosen kontinuierliche Zuwächse festzustellen. Von 1994 bis 2005 ergab sich bei psychiatrischen Krankenhausfällen eine Steigerung um 36%.
- Die mittlere Zahl von stationären Wiederaufnahmen psychiatrischer

Patienten innerhalb von 365 Tagen ist von 1997 bis 2002 um rund 23% angestiegen.

- Nach Ermächtigung psychiatrischer Abteilungen zur Einrichtung von Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) im Jahr 2000 ist die Anzahl der PIA-Behandlungsfälle sprunghaft angestiegen.
- Bei der Gesamtheit der AU-Fälle (Arbeitsunfähigkeitstage) ergab sich von 1997 bis 2002 ein Anstieg um rund 17% und danach kontinuierlich ein Rückgang. Die Werte für 2006 liegen in der gleichen Größenordnung wie für 1997. Dagegen stiegen die AU-Fälle aufgrund von psychischer Erkrankung von 1997 bis 2006 um rund 65%.
- Die Gesamtzahl der Frühberentungen ist seit 1994 stark rückläufig. Im Gegensatz zum allgemeinen Trend stehen Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen auf gleichbleibend hohem Niveau an der Spitze der Statistik.

Ist die ambulante psychiatrische Versorgung für den zunehmenden Behand-

lungsbedarf gerüstet? Die Antwort ist eindeutig: nein. Die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung ist schon heute nicht gewährleistet. Sie ist in weiten Bereichen unübersichtlich, nur begrenzt effektiv, unwirtschaftlich und durch Unter- und Fehlversorgung gekennzeichnet. Pointiert ausgedrückt: Gegenwärtig hängt es oft weniger vom Schweregrad der Erkrankung als vielmehr vom Zufall oder den örtlichen Gegebenheiten ab, ob ein psychisch Kranker überhaupt und von welcher ärztlichen Fachgruppe behandelt wird.

Dickicht aus Zuständigkeiten

An der vertragsärztlichen Versorgung sind Fachärzte für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde (= Neurologie und Psychiatrie), Kinder- und Jugendpsychiatrie und die große Gruppe der Hausärzte beteiligt. Aus Gründen der Lesbarkeit werden die vier erstgenannten Facharztgruppen im Folgenden unter dem Begriff „Nervenärzte“ zusammengefasst.

Auf Psychotherapie fokussierte Versorgung wird von ärztlichen und von psychologische Psychotherapeuten geleistet. Hier stellt sich schon ein Problem: Die differenzierenden Leistungsmerkmale der genannten Fachgruppen sind für die Mehrzahl der anderen Ärzte und erst recht für Laien nicht transparent. Laien fällt oft schon die Unterscheidung zwischen Nervenärzten und Psychologen schwer. Dazu kommt, dass aus dem Praxisschild „Nervenarzt“ nicht ersichtlich ist, ob dieser Arzt für psychiatrische Basisversorgung überhaupt zur Verfügung steht oder ob er sich weitgehend auf Psychotherapie beschränkt. In den Statistiken zur Nervenärztdichte wird keine Differenzierung nach Fachgruppen und erst recht keine Differenzierung nach den tatsächlichen Leistungsspektren der Praxen vorgenommen. Insofern sind diese Daten nur eingeschränkt aussagefähig. Neben eindeutig unterversorgten Gebieten gibt es Regionen, in denen die Zahl der Nervenärzte dem Soll-Wert der Bedarfsplanung entspricht, in denen aber de facto eine Unterversorgung besteht. Die ambulante ärztliche Versorgung wird durch die multiprofessionell ausgestatteten Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) ergänzt, deren Leistungen außerhalb des vertragsärztlichen Budgets vergütet werden. Von den 434 Psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen in Deutschland unterhalten fast alle eine PIA. Gegenwärtig ergibt sich eine Größenordnung von 650.000 PIA-Behandlungsfällen pro Jahr. Dieser Zahl stehen rund 6,6 Millionen Behandlungsfälle (neurologische Fälle unberücksichtigt) niedergelassener Nervenärzte gegenüber.

Flankierend zur fachärztlichen Versorgung besteht eine Vielfalt an ambulanten Hilfeangeboten für psychisch Kranke, von den flächendeckend vorhandenen Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDis) über ambulant betreutes Wohnen bis hin zu Einrichtungen, die nicht als psychiatrische Angebote firmieren, partiell aber auch Hilfen leisten, die im weiteren Sinne unter psychiatrische Versorgung subsumierbar sind (Familienberatungsstellen, Schulpsychologische Dienste und andere).

Die „deutsche Krankheit“

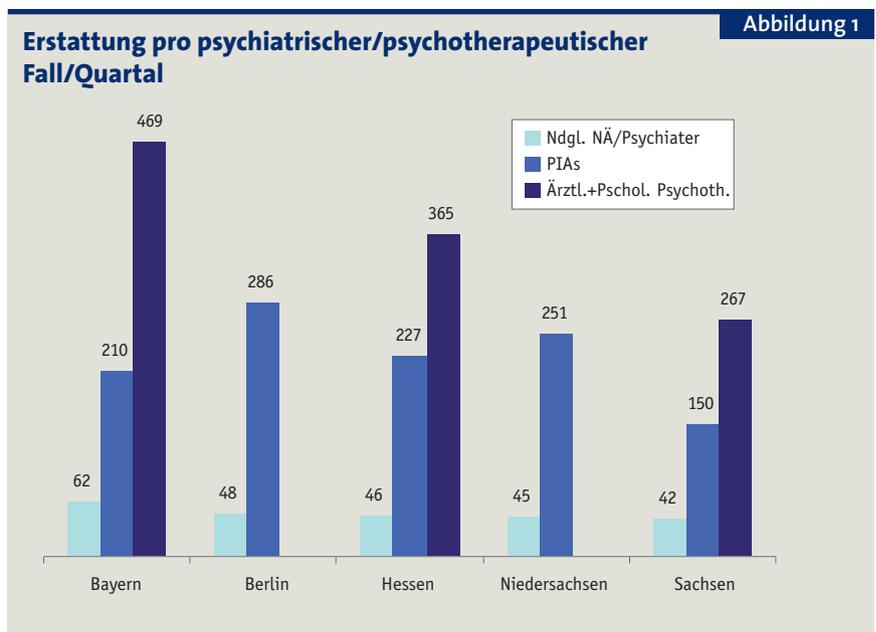
Ein besonders in der psychiatrischen Versorgung zum Tragen kommendes Problem stellt die organisatorische und finanzielle Fraktioniertheit der Versorgung dar. Die Zuständigkeiten für ambulante Versorgung sind auf eine Vielfalt von Trägern verteilt: Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung, Arbeitsverwaltung, öffentliche Hand, Eigenmittel der Einrichtungsträger, Stiftungen und andere. Die nur durch „historisches Gewachsenensein“ zu erklärende Fragmentierung der Zuständigkeiten (in den Gesundheitswissenschaften zuweilen als „deutsche Krankheit“ bezeichnet) steht der Umsetzung ganzheitlicher Behandlungskonzepte im Weg. Sie führt zu Schnittstellenverlusten und bedingt erhebliche volkswirtschaftliche Mehrkosten. Aus dem biopsychosozialen Krankheitsverständnis, das heute in der Psychiatrie Allgemeingut ist, leitet sich das Erfordernis ab, medizinische, psychologische und soziale Hilfemaßnahmen integriert zusammenzuführen. Die vertragsärztliche Versorgung kann unter den gegebenen Vergütungsregelungen diesen Ansprüchen nicht gerecht werden.

Irrationale Zuordnung

Der Behandlungsbedarf von psychisch Kranken stellt sich auf einem breiten Kontinuum dar. Der Umfang der finan-

zierten Behandlungsmöglichkeiten ist aber in diskrete Gruppen eingeteilt: Dem niedergelassenen Nervenarzt stehen für die Behandlung ungefähr eine halbe Stunde Behandlungszeit/Quartal zur Verfügung, den PIA etwa vier Stunden, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten zehn Stunden und mehr. Abbildung 1 verdeutlicht an einigen Beispielen die Unterschiedlichkeit der Fallwerte. Die Gegenüberstellung von Leistungserbringern, Fallzahlen und Ausgabenanteilen macht die Irrationalität der Ressourcenallokation besonders deutlich (Abb. 2):

- Der Ausgabenanteil der PIA entspricht näherungsweise dem Anteil der in PIA behandelten Fälle. Würde diese Entsprechung auch für niedergelassene Nervenärzte gelten, müssten deren Ausgabenanteile um den Faktor drei größer sein.
 - Fasst man niedergelassene Nervenärzte und PIA zu einer Gruppe „Fachärztliche Psychiatrie“ zusammen, entfallen auf diese Gruppe 75 % aller Behandlungsfälle, aber nur 35 % der Gesamtausgaben.
 - Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten behandeln insgesamt 25 % aller Fälle und erhalten dafür 65 % der Gesamtausgaben.
- Eine Aufschlüsselung der vertragsärztlichen Versorgung nach Leistungser-



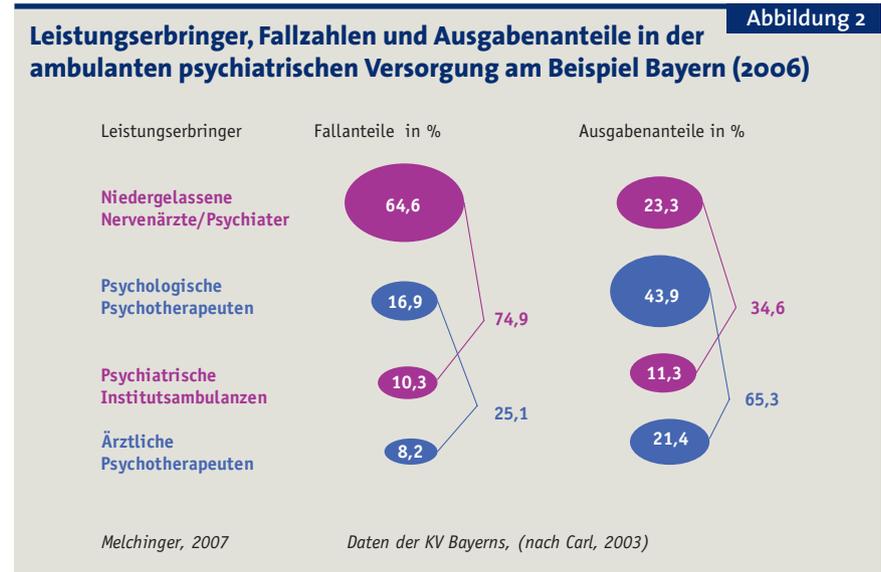
bringen, Fallzahlen und Ausgaben zeigt extreme Disparitäten auf. Eine faktisch bestehende Zwei-Klassen-Medizin ist unübersehbar (Abb. 3).

- Nervenärzte behandeln 72% aller Fälle, erhalten aber dafür nur rund ein Viertel der Gesamtausgaben.
- Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten behandeln 28% der Fälle und erhalten dafür rund drei Viertel der Gesamtausgaben.

Dies bedeutet: Je größer der Hilfebedarf von psychisch Kranken ist, desto weniger bedarfsgerechte Hilfen stehen zur Verfügung. Für schwerere, oft mit komplexer Komorbidität verbundene psychiatrische Behandlungsfälle, die einer umfassenden und kompetenten nervenärztlichen Behandlung bedürfen, kann der Nervenarzt – wie schon erwähnt – nur etwa 30 Minuten finanzierte Behandlungszeit im Quartal einsetzen. Für leichter gestörte Patienten, die auch noch ein halbes Jahr auf einen Therapieplatz warten können, steht ein differenziertes und umfangreiches psychotherapeutisches Angebot zur Verfügung. Richtlinienpsychotherapie kann bis zu 300 Stunden bewilligt werden.

PIA in der Zwickmühle

Laut der zwischen den Spitzenverbänden der GKV, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der KBV geschlossenen „Vereinbarung gemäß § 118 Abs. 2 SGB V“ ist eine PIA-Behandlung auf schwer Kranke beschränkt, deren Therapie umfangreiche Komplexleistungen erfordert oder auf Patienten, die wegen zu großer Entfernung zu niedergelassenen Nervenärzten auf eine PIA-Behandlung angewiesen sind. Von Krankenkassen und von niedergelassenen Nervenärzten wurden in der Vergangenheit wiederholt Zweifel daran geäußert, dass PIA-Behandlungsfälle immer auf die in der Vereinbarung näher definierten schweren Erkrankungsfälle beschränkt sind. Solche Zweifel veranlassten unlängst die KBV zur Kündigung der Vereinbarung zum 31.12.2008. Die KBV bekundet aber Interesse an einer Fortsetzung des Vertrags unter der Voraussetzung, dass sich die Vertragspartner auf trennscharfe Definitionen von PIA-Behandlungsbedürftigkeit verständigen und entsprechende Kontrollmechanis-



men vereinbaren. Ob durch eine „trennschärfere“ Definition allein das Problem gelöst werden kann, erscheint aus folgenden Gründen fraglich:

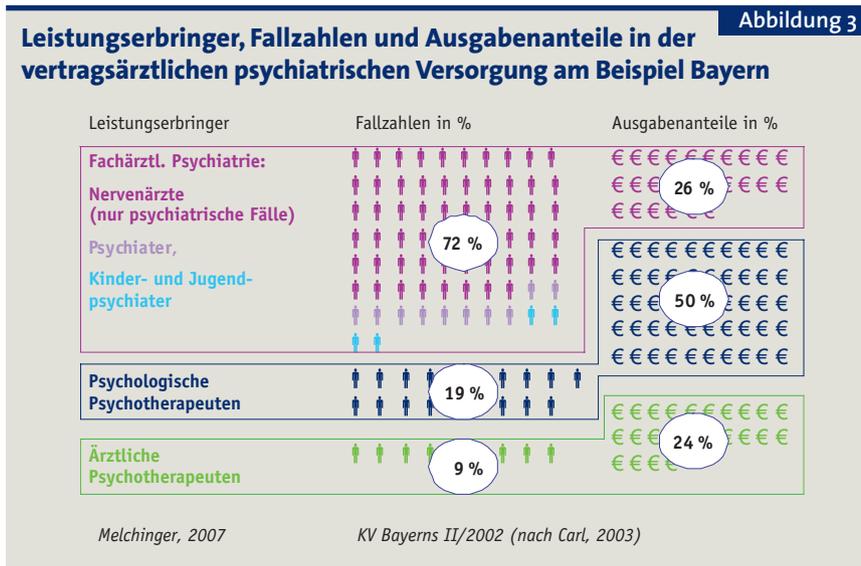
- Leistungsvermögen von Praxen und fachärztliche Kompetenz werden von den Kostenträgern oft gleichgesetzt. Dass das tatsächliche Leistungsvermögen der Praxen durch die Unterfinanzierung von Leistungen massiv eingeschränkt ist, wird dabei ausgeblendet. Wenn bei schwerer erkrankten Patienten Behandlungskontakte in engmaschigen Intervallen erforderlich werden, kann der Nervenarzt die Behandlung leisten, aber nur dann, wenn er auf eine kostendeckende Honorierung verzichtet.
- Die zur Aufnahme verpflichtete PIA kann die Behandlung auch dann nicht verweigern, wenn nach ihrem Dafürhalten die Kriterien für eine PIA-Behandlungsberechtigung nicht erfüllt sind.
- Bei Prüfungen durch Krankenkassen wurden wiederholt Rücküberweisungen von vermeintlich nicht oder nicht mehr PIA-behandlungsbedürftigen Patienten an niedergelassene Nervenärzte gefordert. Wenn die Ärzte aber nicht über die Ressourcen verfügen, um den geforderten Behandlungsumfang leisten zu können, können die Forderungen schlicht nicht erfüllt werden.

- Wenn PIAs – wie insbesondere häufig in den neuen Bundesländern – das Fehlen niedergelassener Nervenärzte substituieren müssen, stellt sich ohnehin eine andere Situation. PIA und niedergelassene Ärzte werden um Patienten, die nicht zwingend einer PIA-Behandlung bedürfen, zunehmend konkurrieren. Echte Konkurrenz setzt voraus, dass für die Konkurrenten gleiche wirtschaftliche Anreize gegeben sind. Dies ist gegenwärtig nicht der Fall.

In einem für die KBV erstellten Gutachten zur Situation der ambulanten psychiatrischen Versorgung wurde ausgehend von einer differenzierten Kostenkalkulation einer PIA berechnet, dass niedergelassenen Nervenärzten rund zwei Drittel der PIA-Vergütungen zur Verfügung stehen müssten, um eine PIA-äquivalente Behandlung von schwerer Kranken leisten zu können. Bezogen auf die PIA-Vergütungssätze (Beispiel Niedersachsen) würde dieser Anteil einem Fallhonorar von rund 170 Euro/Fall/Quartal entsprechen. Tatsächlich stehen den Nervenärzten aber nur Fallhonorare zwischen 62 Euro und Werten unter 30 Euro zur Verfügung.

Bedenkliche Vergütungssituation

Auch vonseiten der Krankenhausträger wird die Notwendigkeit unterstrichen, die in den Nervenarztpraxen liegenden Leistungspotenziale durch bedarfsgerechte Vergütungen auszuschöpfen. Die



Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG) stellt dazu fest: „Die BAG vertritt deshalb die Auffassung, dass es dringend geboten ist, die finanziellen Rahmenbedingungen der Nervenarztpraxen zu verbessern. Die Vergütung muss es den niedergelassenen Nervenärzten ermöglichen, auch chronisch psychisch Kranke, die häufigere Arztkontakte benötigen, eine angemessene Behandlung zu gewährleisten. Die BAG legt außerdem großen Wert auf eine enge Kooperation zwischen Kliniken, Institutsambulanzen und niedergelassenen Nervenärzten.“

Die gegenwärtige Vergütungssituation der Nervenärzte führte zu bedenklichen Fehlentwicklungen:

- Immer mehr Nervenärzte fokussieren sich aus wirtschaftlichen Gründen auf die existenzsichernde Psychotherapie, auf die Erstellung von Gutachten oder auf andere Erwerbsquellen und stehen damit für psychiatrische Basisversorgung nicht mehr oder nur noch begrenzt zur Verfügung.
- Viele Nervenärzte sind zwischenzeitlich dazu übergegangen, von dem Zeitpunkt an, wenn das Quartals-Budget ausgeschöpft ist und wenn damit alle weiteren Leistungen nicht vergütet werden, nur noch in Ausnahmefällen Sprechzeiten zu vergeben. Noch längere Wartezeiten auf Behandlungstermine sind die Folge.

- Die Zahl der Nervenärzte, die aus wirtschaftlichen Gründen ihre vertragsärztliche Zulassung zurückgeben, wird größer. Einige dieser Ärzte wurden nach Aufgabe ihrer Praxis in einer PIA tätig und erbringen dort, jetzt wirtschaftlich abgesichert, die gleichen ärztlichen Leistungen wie zuvor in ihrer Praxis. Andere niedergelassene Nervenärzte haben zur Vermeidung von Insolvenz eine Nebentätigkeit in PIA übernommen.
- Nervenärzte, die aus Altersgründen aus der Praxis ausscheiden, haben Schwierigkeiten, Nachfolger zu finden. Eine Niederlassung ist für junge Nervenärzte zu einer unattraktiven Perspektive geworden.

Jeder weitere Rückzug der Nervenärzte aus der psychiatrischen Basisversorgung wird für die Krankenkassen mit weiteren Ausgabensteigerungen verbunden sein.

Die SpDis repräsentieren ein weitgehend selbstständiges Versorgungsangebot. Eine verlässliche arbeitsteilige Vernetzung mit dem Behandlungsprogramm von Nervenärzten kommt in der Praxis eher selten vor. Zwischen SpDis und PIA werden vermehrt Kooperationsvereinbarungen getroffen. Solche Vereinbarungen sind als ein Stück gemeindepsychiatrischer Vernetzung zu begrüßen. Wenn die Vereinbarungen aber dazu führen, dass SpDi-Klienten bei krisenhaften Entwicklungen an PIAs verwiesen werden und nach Ende der Be-

handlung von dort wieder an den SpDi, der Nervenarzt also außen vor bleibt, würden kostenintensive Parallelstrukturen entstehen.

Die Rolle der Krankenkassen

Die Krankenkassen müssen sparen, aber sie sparen oft nicht intelligent, nicht vorausschauend, nicht nachhaltig. Laufen die stationären Kosten aus dem Ruder (jährlich rund 5 Millionen Euro pro 100.000 Einwohner), werden die Krankenhausaufenthalte noch stärker befristet. Mit dieser Verkürzung kovariieren aber höhere Wiederaufnahmeraten. Werden stationär nicht ausreichend behandelte Patienten in ambulante Versorgungsstrukturen entlassen, die noch bestehende Versorgungsbedarfe nicht leisten können, sind vermehrt PIA- und stationäre Einweisungen zu erwarten.

Die Krankenkassen sind nicht oder nur sehr zögerlich bereit, das Gewachsene, das, was von ihnen schon immer finanziert wird, nach den Maßgaben von Bedarfsorientierung, Evidenz und Wirtschaftlichkeit Stück für Stück auf den Prüfstand zu stellen und gegebenenfalls auf Umverteilungen zu drängen. Ihre interne Struktur mit getrennten Geschäftsbereichen „stationär“ und „ambulant“, für die jeweils die Zielvorgabe „Vermeidung von Ausgabensteigerungen“ gilt, steht vorausschauenden Planungen eher im Weg. Manchmal scheint es, dass es erst noch bewiesen werden müsste, dass mit einem Mehr an finanzieller Behandlungszeit für den niedergelassenen Nervenarzt und mit dem dadurch ermöglichten ganzheitlichen Behandlungsansatz ein größerer therapeutischer Gewinn erzielt werden könnte, von dem auch die Kostenträger Nutzen hätten.

Die Inhalte dieses Beitrags basieren im Wesentlichen auf den Ergebnissen eines im Auftrag der KBV erstellten Gutachtens mit dem Titel „Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung“. Das jüngst vorgelegte Gutachten kann beim Verfasser als pdf-Datei angefordert werden (heiner.melchinger@gmx.de). □

AUTOR

Dr. med. Heiner Melchinger, Hannover

INTERVIEW MIT DR. CARL-HEINZ MÜLLER, KBV BERLIN

Gehören Regresse bald der Vergangenheit an?

? *Die KBV will die Verantwortung für die Arzneimittelausgaben neu verteilen. Was wird sich verändern?*

Dr. Carl-Heinz Müller: Vor zehn Jahren waren die Vertragsärzte nahezu allein für die Arzneimittelausgaben verantwortlich. Rein formell sind sie das auch heute noch, bis hin zur Haftung mit ihrem Einkommen bei Überschreitung des Budgets. Tatsächlich sind es jedoch längst nicht mehr nur Ärzte, die die Ausgaben auf dem Arzneimittelmarkt beeinflussen. Im Gegenteil. Durch zahlreiche Gesetze wurde die Ausgabenverantwortung auf immer mehr Akteure verteilt. In gleichem Maß schwand der Einfluss der Ärzte. Dennoch blieben sie haftbar. Deutschland ist das einzige unter den OECD-Ländern, das seine Ärztinnen und Ärzte derartig in die wirtschaftliche Verantwortung nimmt.

? *Der Psychiater weiß ja mittlerweile nicht mehr, wie viel ein Medikament wirklich kostet. Müssen wir weiterhin „im Nebel navigieren“?*

Müller: Das Problem ist in der Tat, dass Rabattverträge, Festbetrags- und Autidem-Regelung in ihren Aus- und Wechselwirkungen nicht mehr überschaubar sind. So kann zum Beispiel ein in der Arztpraxissoftware als preisgünstig gekennzeichnetes Arzneimittel in der Apotheke durch ein patentfreies, gemäß Apothekenverkaufspreis teureres Originalpräparat ersetzt werden, wenn für dieses ein Rabattvertrag zwischen Hersteller und Krankenkasse besteht. Bereits jetzt ist jedes dritte in der Apotheke abgegebene Arzneimittel ein Rabattarzneimittel nach § 130a Absatz 8 SGB V. 12% des Gesamtumsatzes der GKV im rezeptpflichtigen Apothekenmarkt entfielen im April 2008 auf rabattierte Arzneimittel. 97,6% der vereinbarten Rabatte wurden dabei bislang im Marktsegment der Generika abgeschlossen.

Der Markt der festbetragsregulierten Arzneimittel, 47% des Gesamtmarkts, entzieht sich fast vollständig der Kontrol-

le der Vertragsärzte, wenn es darum geht, Verordnungen und Ausgaben zu steuern. Die gesetzliche Verpflichtung der Apotheker, bevorzugt rabattierte Arzneimittel abzugeben, hat dazu geführt, dass auf jede rabattierte Packung statistisch gesehen 22 unterschiedliche Rabattvereinbarungen entfallen. Der Verordnungsprozess mutiert zu einer Blackbox, die ein Grund dafür ist, dass Vertragsärzte Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regresse als permanente Bedrohung empfinden.

? *Wird durch die Rabattverträge eine Kostendämpfung erreicht?*

Müller: Es gibt mittlerweile viele unterschiedliche Modelle. Bei den Rabattvereinbarungen im generikafähigen Markt handelt es sich in erster Linie um Preis-Volumen-Rabatte. Weiterhin existieren Rabattverträge über das gesamte Portfolio von Unternehmen oder Bietergemeinschaften von Unternehmen. Außerdem gibt es erste Ansätze für Finanzierungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern über patentgeschützte Präparate. Im Rahmen solcher Verträge tragen die Krankenkasse und das Unternehmen die wirtschaftliche Verantwortung für das Gesamtbudget eines bestimmten Arzneimittels. Die Verträge können mengengestaffelte Rabatte enthalten, wobei sich die Ausgabenobergrenze an der Morbidität der Versicherten orientieren sollte. Solche Verträge geben den Krankenkassen Budgetsicherheit: Unabhängig von den tatsächlichen Verschreibungen übernimmt die Kasse die Kosten lediglich bis zu einem vereinbarten Gesamtbetrag. Künftig wird auch der GKV-Spitzenverband Erstattungshöchstbeträge für innovative Arzneimittel festlegen. Damit bleiben nur noch etwa 30% des GKV-Umsatzes in der ärztlichen Ausgabenhoheit.

? *Wie lässt sich die Verantwortung für die Kosten und eine qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung in Zukunft besser verteilen?*



Bild: Archiv

Dr. Carl-Heinz Müller
Stellvertretender Vorsitzender der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Müller: Die Lösung liegt in einer Teilung der Zuständigkeiten. Krankenkassen und Industrie müssen die Preisverantwortung und damit das Kostenmanagement vollständig übernehmen. Die Ärzte hingegen bleiben zuständig für das Versorgungsmanagement, das heißt die Indikationsstellung sowie Auswahl und Menge des Wirkstoffs.

? *Wie profitiert der Patient davon? Muss er weiterhin damit rechnen, bei jeder Rezepteinlösung ein anderes Präparat, eine andere Pillenfarbe und Pillengröße zu bekommen?*

Müller: Wenn die Ärztinnen und Ärzte sich wieder auf ihre Kernaufgaben konzentrieren können und mit der Auswahl von Wirkstoffen verantwortungsbewusst umgehen, wird das letztlich zu mehr Therapiesicherheit und weniger impliziter Rationierung für den Patienten führen. Ich bin fest davon überzeugt, dass ein solcher Gesamtansatz, der die Verantwortlichkeiten der Marktteilnehmer klar trennt und damit auch neue Wettbewerbsstrukturen zielgerichtet steuert, nicht nur die Chance einer Steigerung von Qualität und Effizienz in der Arzneimittelversorgung bietet. Er würde es auch dem Vertragsarzt ermöglichen, sich mehr auf seine eigentliche Arbeit, die Behandlung seiner Patienten, zu konzentrieren. Damit wäre ein wichtiger Schritt getan, um dem Arztberuf wieder zu mehr Attraktivität zu verhelfen. □

Herr Dr. Müller, vielen Dank für das Interview!

Strategische Perspektiven



Bild: fotolia

49 **Netzwerkbildung:
Neue Strukturen nutzen**

53 **Young Psychiatrists Program 2008
Nachwuchs stärken**

54 **Athene Akademie:
Spezialisten für IV -Versorgung
und Qualitätsmanagement**

58 **Kooperation mit
Einkaufsplattform
Angebot nutzen – Kosten
sparen**

60 **Neues DGPPN-Zertifikat:
Profil schärfen durch
Zusatzqualifikation**

61 **Stärkung der Fachidentität**

NETZWERKBILDUNG

Neue Strukturen nutzen

Die Versorgungslandschaft wird unübersichtlicher, bietet aber auch neue Chancen. Wer sich jetzt in Netzwerken zusammenschließt, ist in der Zukunft handlungsfähiger.

Die grundlegenden Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen haben sich in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts kaum geändert. Erst in den letzten Jahren haben sich mit der Verabschiedung des GKV-Modernisierungsgesetz (2004) und mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007) entscheidende neue Weichenstellungen ergeben. Hatten bis dahin Reformgesetze wie das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (1999), das Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (2002) oder das Beitragssatzsicherungsgesetz (2003) primär eine Kontrolle der Kosten zum Ziel, wurde mit den Reformpaketen ab 2004 eine echte Strukturveränderung angestrebt.

Wandel durch Reformgesetze

Die Versorgungslandschaft wird sich dadurch in den kommenden Jahren in vieler Hinsicht weiter verändern. Das klassische Vertragsarztsystem wird nur eine Möglichkeit von vielen sein, die völlig neue organisatorische Herausforderungen an die einzelnen Praxen und Krankenhäuser stellen werden. Direktverträge mit Krankenkassen sowie Verträge nach § 73c SGB V werden an Bedeutung gewinnen.

Die Zukunft der integrierten Versorgung wird derzeit noch unterschiedlich beurteilt. Die Krankenkassen haben ebenfalls einen enormen Strukturwandel bewältigt. Der neue Spitzenverband der

Krankenkassen hat zum 1. Juli 2008 seine Tätigkeit aufgenommen. Immer mehr Krankenkassen fusionieren unter dem Kostendruck des einheitlichen Beitragssatzes, des Gesundheitsfonds, da sie dadurch eine größere Marktmacht bekommen wollen.

Entwicklung neuer Vertragsstrukturen

— 1. Integrierte Versorgung nach § 140 SGB V

Mit der Einführung der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung zum 1. Januar 2004 kam es in der ersten Phase zu Vertragsabschlüssen, bei denen ein Marketingaspekt oder primär wirtschaftliche Ziele vorrangig waren. Andere Konzepte wie zum Beispiel der BARMER-Vertrag erwiesen sich als juristisch nicht haltbar. Anspruchsvolle Konzepte wie sie im neuropsychiatrischen Bereich erforderlich waren, brauchten eine gewisse Entwicklungszeit, sie waren nicht „quick and dirty“ zu machen. Dies führte dazu, dass neuropsychiatrische Indikationsbereiche bis heute noch eher unterrepräsentiert sind, weil wir es hier zum einem mit chronischen und teuren Krankheiten zu tun haben, die in der Versorgung viele Schnittstellen haben. Zum anderen sind nur sehr wenige neuropsychiatrische Krankheiten für Marketing-

zwecke geeignet. Dabei zeigt der Einblick in die Liste der Krankheiten des Risikostrukturausgleiches, dass es sich gerade für neurologische und psychiatrische Krankheiten lohnen könnte, Versorgungswege zu strukturieren. Zudem sind wir als Fachgruppe gut aufgestellt.

Wie an dieser Stelle und auf vielen Fortbildungsveranstaltungen berichtet, haben wir bereits zum Jahreswechsel 2003/2004 begonnen, Rahmenkonzepte zu konsentieren, und sie im weiteren Verlauf weiterentwickelt oder konkretisiert. Die DGPPN hat in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden und weiteren relevanten Gesellschaften mehrere Rahmenkonzepte zur integrierten Versorgung entwickelt. Beispielhaft sei das Rahmenkonzept Depression genannt. In einigen Bundesländern ist es zum Abschluss von Verträgen auf dieser Grundlage gekommen. Derzeit werden diese Verträge teilweise schon evaluiert.

Es sind bereits positive Trends erkennbar. Zunächst scheint es, dass integrierte Versorgung „wirkt“, das heißt, wie auch immer geartete Effekte hervorbringt. Es ist demnach nicht egal, ob ein Patient eingeschrieben ist oder im Rahmen der Regelversorgung behandelt wird. Im Idealfall würden medizinische und wirtschaftliche Qualitätsziele gleichermaßen in einer strukturierten Versorgung erreicht werden. Dies konnte

bisher nicht durchgehend gezeigt werden. Zwar konnte ein hoher Effizienzgrad im Rahmen der integrierten Kopfschmerzbehandlung, teilweise auch in der Depressionsbehandlung und in der medizinischen Videobeobachtung von Parkinsonpatienten erreicht werden, in anderen Bereichen wie der MS-Versorgung ist es aber wie erwartet durch Patientenschulungen und andere compliancefördernde Maßnahmen zu einem Anstieg der Medikamentenkosten gekommen.

Medizinische Qualitätsdaten wurden noch nicht ausgewertet. Die Krankenkassen halten sich in ihrer derzeitigen Situation der Planungsunsicherheit mit der Bewertung und Weiterentwicklung der Verträge zurück, was sich sicher im Laufe des Jahres 2009 wieder ändern wird.

— **2. Verträge nach § 73 c SGB V**

Die Berufsverbände halten Verträge nach § 73c für eine ausgesprochen ernstzunehmende kommende Alternative zur Regelversorgung im Kollektivvertragssystem und zur integrierten Versorgung. Derzeit laufen Verhandlungen mit der Vertragswerkstatt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem Ziel, einen 73c-Vertrag zu entwickeln, der sechs neuropsychiatrische Indikationen beinhalten soll.

— **3. Neue Versorgungsstrukturen und Kooperationsgemeinschaften**

Neben diesen neuen Vertragsoptionen wurden auch die Möglichkeiten zur Bildung von Organisationseinheiten und Kooperationsverbänden erweitert. Grundlage hierzu sind der § 95 zu den medizinischen Versorgungszentren sowie das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz. Letzteres ermöglicht die Gründung von Praxisgemeinschaften und Filialen, die Bildung überörtlicher Praxisgemeinschaften sowie die Anstellung von Ärzten. Den Ärzten wird es damit ermöglicht, an mehreren Orten und auch sektorenübergreifend tätig zu sein. Um diese Tätigkeiten zu kontrollieren und eine korrekte Abrechnung pro Arzt zu erhalten, sind zum 1. Juli 2008 neben den Betriebsstättennummern daher auch die lebenslangen Arztnum-

mern zugeteilt worden. Mit der Gründung von neuen Gemeinschaften sind die Struktur- und Finanzierungsprobleme des Gesundheitssystems an sich natürlich noch nicht gelöst, ebenso wenig die wirtschaftliche Unterdeckung vieler Praxen und Einrichtungen, da die ambulante und stationäre Vergütungslogik zunächst weiter Gültigkeit hat. Auf der anderen Seite können die Ärzte aber ihr Leistungsspektrum erweitern oder es im Rahmen von Spezialisierungen eingrenzen und sich für neue Vertragsformen offen halten.

Auch vor dem Hintergrund eines wachsenden Versorgungsbedarfs und eines sich zuspitzenden Nachwuchsmangels dürften neue Kooperationsformen interessant sein. Derzeit werden sich bestehende Einrichtungen aufgrund der geringen Vertragsangebote nur langsam umformieren. Dies kann sich aber möglicherweise schnell ändern. Auch wenn sich die Krankenkassen momentan aus Gründen einer fehlenden Kalkulationssicherheit eher in Zurückhaltung üben, werden sie in Zukunft die Vertragsmöglichkeiten als Wettbewerbsinstrument nutzen.

— **4. Notwendigkeit von regionalen Netzen**

Wie kann man sich in dieser Situation auf die künftigen Anforderungen vorbereiten?

Die Versorgungslandschaft wird für Leistungserbringer wie Kostenträger unübersichtlicher. Andererseits haben beide

Seiten kein Interesse an einer Zersplitterung, da jeder Vertrag mit einem Verwaltungsaufwand und Zeitaufwand und dadurch mit Kosten einhergeht. Neben den Berufsverbänden auf Bundes- und Landesebene sind regionale Netze daher Ansprechpartner.

Um unter Wettbewerbsbedingungen handlungsfähig zu bleiben werden Praxisverbände, Genossenschaften und Praxisnetze zunehmend an Bedeutung gewinnen, da es dem Einzelnen kaum möglich sein dürfte, Verträge selbst zu verhandeln und zu handhaben. Auf der anderen Seite brauchen Krankenkassen für Vertragsgestaltungen und Qualitätsanforderungen geeignete Ansprechpartner auf Leistungserbringerseite, die legitimiert sind, für eine größere Gruppe zu sprechen. Die Berufsverbände berichteten im letzten Jahr im NEUROTRANSMITTER über die Möglichkeiten und Chancen von Netzbildungen. Wir haben das letzte Jahr weiterhin genutzt, bundesweit Workshops zur Bildung formaler Kooperationsgemeinschaften anzubieten. Zu unserer großen Freude haben wir festgestellt, dass das Thema nicht nur auf offene Ohren gestoßen ist, sondern dass es bereits eine Vielzahl regionaler Aktivitäten zur Netzbildung bundesweit gegeben hat. Auch im Nachklang zu den Veranstaltungen treten viele in Gründung begriffene Netze zum Erfahrungsaustausch an uns heran. Aufgrund des großen Interesses planen wir derzeit eine erneute Veranstaltungsreihe.

§ 73c Besondere ambulante ärztliche Versorgung

- (1) Die Krankenkassen können ihren Versicherten die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch Abschluss von Verträgen nach Absatz 4 anbieten. Gegenstand der Verträge können Versorgungsaufträge sein, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. (...)
- (3) Die Krankenkassen können zur Umsetzung ihres Angebots nach Absatz 1 allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Einzelverträge schließen mit
 - 1. vertragsärztlichen Leistungserbringern
 - 2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer
 - 3. Trägern von Einrichtungen, die eine besondere ambulante Versorgung nach Absatz 1 durch vertragsärztliche Leistungserbringer anbieten,
 - 4. Kassenärztlichen Vereinigungen

— 5. Berufspolitisches Ziel von Netzwerkbildungen

Nicht nur auf Kostenträgerseite werden Zusammenschlüsse aus verwaltungstechnischen und Wettbewerbsgründen zunehmen. Größere Leistungserbringergemeinschaften werden vor dem Hintergrund sinkender durchschnittlicher Erlöse für Gesundheitsleistungen Wettbewerbsvorteile haben. Die Teilnahme an neuen Verträgen ermöglicht die Kompensation von Einkommenseinbußen in der Regelversorgung.

Da sich nur wenige etablierte Praxen räumlich zu neuen Organisationsformen unter einem Dach zusammenschließen können, sind Zusammenschlüsse von Praxen und/oder Kliniken sowie weiteren Leistungserbringern zu Netzwerken eine mögliche Alternative. Ein Netzwerk ist in der Lage ein breites Leistungsspektrum anzubieten und über Spezialisierungen und Optimierung der Ablauforganisationen sowie Synergiebildungen Kosten zu senken. Ob es sich hierbei formaljuristisch um regionale Praxisverbände, Genossenschaftsmodelle, GmbHs, GbRs oder Vereine handelt, ist zunächst nachrangig, da die Inhalte der Kooperationsvereinbarung, die Kostenersparnis und die Vertragsfähigkeit entscheidend sind. Wichtiger sind zunächst die Inhalte, die Leistungsbreite sowie die Kooperationskultur.

— 6. Qualitätsmarke: Zentren für Neurologie und Seelische Gesundheit ZNS

Regionale Netzwerke sind für Kostenträger attraktivere Ansprechpartner als einzelne Einrichtungen. Um den Verwaltungsaufwand und die Kosten für die Organisation eines Netzes überschaubar zu halten, bieten die Berufsverbände ihren Mitgliedern eine Vielzahl vorformulierter Lösungen an. Bei der Netzgründung werden Sie durch die Athene-Akademie unterstützt, die Materialien in Form von Mustersatzungen bis hin zu ausgelagerten Geschäftsstellenmodellen sowie Hilfestellung bei der Beantragung von Bundesfördermitteln vorhält. Die Verbände haben hierzu eine Qualitätsmarke gegründet, die sie den Mitgliedern zur Verfügung stellen: Zentren für Neurologie und Seelische Gesundheit ZNS. Die Vorteile liegen in

Workshop: Netzwerkbildungen

Samstag, 29. November 2008, Hotel Inter Continental,
Budapester Str. 2, 9.00–14.00 Uhr

Teil I: Neue Verträge und Kooperationsformen

Was gibt es Neues zum Thema Direktverträge?

Stand der Verhandlungen der Berufsverbände mit Krankenkassen und KBV

Teil II: Netzgründung und Netzorganisation

Netzgründung

Rechtsformen und Organisationsstrukturen

Finanzierung und Fördergelder

Vertragsformen und Vertragsgestaltung mit Krankenkassen

Teil III: Leistungen und Verträge

Leistungsspektrum und Außenpräsentation

Verhandlungsstrategien mit Krankenkassen

Sektoren- und fachgruppenübergreifenden Kooperationen

Teil IV: Erfahrungsaustausch bestehender Netze

Diskussion und systematischer Austausch etablierter Netze und Netze in Gründung

— Uwe Meier, Vorsitzender BDN

— Frank Bergmann, Vorsitzender BVDN

— Gunther Carl, stellvertretender Vorsitzender BVDN

— Matthias Wöhr, Athene Akademie

der Bildung einer Corporate Identity, dem Wiedererkennungswert und im gemeinsamen Marketing (einheitliche Informationsmaterialien wie Flyer und ähnlichem). Auch bei der Vertragsgestaltung und beim Vertragsmanagement sind wir unterstützend tätig: Verträge können über die von den Verbänden gegründete Genossenschaft, BrainKonzept geschlossen, das Vertragsmanagement von Athene übernommen werden.

Die Verbände haben bereits einige Musterverträge verhandelt und zum Laufen gebracht. Sie stehen mit zahlreichen Krankenkassen und mit der KBV in Kontakt. Das Ziel sind möglichst flächendeckende Verträge mit einer Vielzahl von Kostenträgern. Hierzu braucht es aber auch die Bereitschaft der Mitglieder und regionale Organisationsplattformen. Wir haben daher auch in diesem Jahr wieder eine Veranstaltungsserie initiiert, mit der wir einerseits Hilfestellungen bei der Gründung geben wollen und andererseits Vertretern bestehender Netze eine Plattform für einen überregionalen Erfah-

rungsaustausch zur Verfügung stellen wollen. Die Veranstaltungen wenden sich an Vertreter bereits gegründeter Netze sowie Vertreter neuer Netzinitiativen oder einfach an allgemein Interessierte. Eine Veranstaltung wird während dieser DGPPN-Tagung am Samstag, den 29.11.2009 stattfinden (Termin siehe oben). □

AUTOREN

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

**Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Andernach**

YOUNG PSYCHIATRISTS PROGRAM 2008**Nachwuchs stärken**

Medizinischer Nachwuchs ist gefragt – erst Recht im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie. Daher richtet sich das Young Psychiatrists Program auf dem DGPPN-Kongress mit speziellen Angeboten an die Newcomer im Fach: an Studenten, Assistenten und junge Fachärzte.



Bild: andresr_stockxpert

Zum 7. Mal wird dieses Jahr das Young Psychiatrists Program auf dem Berliner DGPPN-Kongress ausgerichtet, unter anderem in bewährter Zusammenarbeit mit dem BVDN und dem BVDP. Es steht in Einklang mit der internationalen Entwicklung, denn sowohl auf europäischer Ebene im Rahmen der European Psychiatric Association (EPA) als auch international im Rahmen der World Psychiatric Association (WPA) sind Komitees und Netzwerke für Assistenten und junge Fachärzte gegründet worden, die sich als Young Psychiatrists Program auf den entsprechenden Kongressen etabliert haben. Es hat sich der Gedanke durchgesetzt, dass der Nachwuchsproblematik im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie nur durch eine gezielte Nachwuchsförderung begegnet werden kann.

Die veränderten gesundheitspolitischen und -ökonomischen Rahmenbedingungen führen auch hierzulande zu der Erkenntnis, dass der wesentliche Existenz gefährdende Faktor für die Kliniken

die Verknappung des ärztlichen Personals, insbesondere des ärztlichen Nachwuchses ist. Schlagwort-Titel im Deutschen Ärzteblatt wie „Medizinische Kompetenz allein genügt nicht“, „Die Medizin wird weiblich“ oder „Abkehr vom Stationsarztmodell“ zeigen, dass zur Gewährleistung von – aus unterschiedlichen Perspektiven – befriedigenden Rahmenbedingungen in der Medizin ein Umdenken erforderlich ist. Dieses Umdenken führt an den jungen Fachkollegen nicht vorbei, möchte man zur Kenntnis nehmen, dass die Rekrutierung und Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses auch in der Psychiatrie die Achillesferse zunehmend eigenverantwortlich und privat wirtschaftender Kliniken sein wird.

Attraktive Alternative

Das Referat Young Psychiatrists möchte für diesen Diskurs als Diskussionsforum im Rahmen unserer Fachgesellschaft dienen, damit das Fach Psychiatrie und Psychotherapie als Weiterbildungsopti-

on nach dem dritten Staatsexamen weiterhin eine attraktive Alternative darstellt. Wichtig ist neben der inhaltlichen Seite der Aus- und Weiterbildung sowie deren Qualitätssicherung und den beruflichen Karrierechancen daher auch der Aspekt der Nachwuchsförderung. Im Rahmen derer gilt es, spezielle Belange der Ausbildungssituation zu thematisieren, persönliche Entwicklungsmöglichkeiten zu reflektieren und professionelles Potenzial zu diskutieren.

Ziel des Young Psychiatrists Program ist wie jedes Jahr, für die unterschiedlichen Zielgruppen innerhalb der Young Psychiatrists spezielle Angebote zu machen. Für Berufsanfänger setzen wir im Rahmen der Weiterbildungsakademie den Berufseinsteiger-Workshop fort, der letztes Jahr mit Erfolg angelaufen ist und als Vademecum für die ersten Hürden bei der Aufnahme der psychiatrisch-psychotherapeutischen Tätigkeit gedacht ist. In einem englischsprachigen Symposium über Strategic perspectives of training and education across Europe besteht die Möglichkeit, aktuelle Entwicklungen im Bereich der Weiterbildung in einem europäischen Kontext zu diskutieren.

Besonders hinweisen möchten wir auf das Hauptsymposium zur Niederlassung für Kollegen, die sich mit dem Gedanken der ambulanten Niederlassung tragen, welches wir in Zusammenarbeit mit dem BVDN und BVDP gestalten. Dort wird gefragt, ob – und wenn ja, in welcher Form – die Niederlassung für einen jungen Facharzt heute interessant sein kann.

Berufliche Identität finden

Das Young Psychiatrists Hauptsymposium mit dem Titel „Berufliche Identität und Rollenverständnis des Psychiaters heute“ setzt die Diskussion vom letzten Jahr über die Frage nach der beruflichen

Identität und dem beruflichen Profil von Psychiatern und Psychotherapeuten fort.

Altbewährte Elemente des Young Psychiatrists Program werden wie in den Vorjahren zum einen die Coffee Lounge sein, die als allgemeiner Treffpunkt während der gesamten Kongressdauer dient, und zum anderen die in diesem Forum bereits etablierten „Meet the Expert“-Veranstaltungen. Im Rahmen letzterer möchten wir jungen Fachkollegen in lockerer Atmosphäre die Gelegenheit zur informellen Diskussion geben. Themenschwerpunkte sind hier in diesem Jahr im Einklang mit dem Kongressthema „Psychiatrie als therapeutische Disziplin“, Psychotherapie, Neuroplastizität und zukünftige Therapieformen sowie Psychopharmakologie. Aufgrund des großen Anklangs dieser Veranstaltungen haben wir in diesem Jahr eine zusätzliche informelle Diskussionsreihe unter dem Stichwort „Im Brennpunkt Therapieverfahren“ neu konzipiert.

Last but not least: die Klinikbörse. In diesem Rahmen haben interessierte Kliniken und Weiterbildungsinstitutionen die Möglichkeit, sich zu präsentieren und mit zukünftigen Assistenten und Fachärzten ins Gespräch zu kommen. Diese Veranstaltung wird dieses Jahr wieder um einen Poster Walk, eine moderierte Posterführung, bereichert. Darüber hinaus wird die Klinikbörse am Kongressfreitag und -Samstag, dem Psychiaterstag, um eine Praxisbörse erweitert, womit für Praxen ebenfalls die Möglichkeit geschaffen wird, sich zu präsentieren. □

AUTOR

PD Dr. med. Iris Tatjana Calliess, Hannover
 Vorsitzende des Referats
 Young Psychiatrists der DGPPN

ATHENE AKADEMIE

Spezialisten für integrierte Versorgung und Qualitätsmanagement

Athene führte im letzten Jahr den IV-Vertrag „Depression“ mit der Techniker Krankenkasse zu beachtlichem Erfolg und bringt derzeit noch weitere Netzwerkprojekte und Verträge auf den Weg.



Athene wurde 2001 auf Initiative des BDN gegründet und hatte sich auf die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen in den Mitgliedspraxen der Berufsverbände spezialisiert. In der Zwischenzeit kamen weitere Arbeitsfelder hinzu: das Management sowie die Neugestaltung von Verträgen der integrierten Versorgung (IV) im Auftrag der Berufsverbände sowie verschiedener regionaler Netze und Landesverbände.

IV-Vertrag „Depression“

Die Akademie übernahm den IV-Vertrag „Depression“ der Techniker Krankenkasse (TK) zum 1.4.2007 mit 190 eingeschriebenen Patienten. Bereits am 29. März 2007 war die erste Dokumentation bei Athene eingegangen. Eine Befragung unter den teilnehmenden Praxen ergab eine Reihe von Verbesserungswünschen an der Dokumentation sowie an der operativen Durchführung des Vertrages. Was Athene genau unternahm, um aus dem Vertrag ein Erfolgsmodell zu machen, sind in Tabelle 1 zusammengestellt.

Zum 1. Oktober 2008 startete ein neuer Vertrag zur Behandlung depressiver Patienten des Ärztenetzes Dreiländereck mit der DAK. Die ersten Patienten werden gerade in diesen – mithilfe des Athene-Teams verhandelten – Vertrag eingeschrieben.

Bald 3.000 Patienten

Zum Stand der Drucklegung dieses Artikels Mitte Oktober 2008 waren 2.993 Patienten und 257 Praxen und Kliniken in zehn Regionen eingeschrieben (siehe Tabelle 2). Auf den ersten Blick zeigen sich vordergründig zwar größere Unterschiede zwischen den Regionen, die sich aber im Verhältnis zur Anzahl der teilnehmenden Praxen in der Region relativieren. Außer im Saarland hat jede Praxis durchschnittlich mindestens sechs Patienten eingeschrieben, in manchen Regionen sind dies sogar durchschnittlich mehr als 15 Patienten pro Praxis. Eine erste Bewertung des Vertrages durch die Techniker Krankenkasse wird gerade in den Tagen der Druck-

Verbesserungsmaßnahmen im IV-Vertrag „Depression“ der Techniker Krankenkasse

Tabelle 1

- ___ Sofortiges Umstellen auf monatliche Abrechnung
- ___ Zufriedenheitsbefragung der Praxen und Kliniken im Netz
- ___ Straffen der Dokumentation
- ___ Umstellen der Dokumentation auf beschreibbare pdf-Dateien
- ___ Überprüfung und Neuberechnung der vorhergehenden Abrechnungen
- ___ Unterstützung bei der Netzwerkbildung und -gestaltung (soweit notwendig und gewünscht)
- ___ Start des Vertrags in neuen Regionen: Unterfranken, Dresden, Südpfalz, Gießen-Marburg
- ___ Ausweiten des Vertrags in bereits teilnehmenden Regionen
- ___ Nochmalige Informationsveranstaltungen in den teilnehmenden Regionen, um latente Schwierigkeiten vor Ort auszuräumen
- ___ Start einer Stuserhebung im Bereich der Psychoedukation (derzeit werden Beispielmateriale erstellt)
- ___ Erhöhung der Transparenz (Faxbestätigungen, Benchmarks mit Abrechnungen)
- ___ Laufendes Controlling der erbrachten Leistungen und des Abrechnungsverhaltens
- ___ Auswertungen und Qualitätsberichte in Bezug auf die medizinische Wirksamkeit des Vertrags
- ___ Ausbildung der Mitarbeiterinnen zum Thema „Integrierte Versorgung“.

Ziel:

- ___ Entlastung des Arztes bei der Dokumentation
- ___ verstärkte (bis ganz überwiegende) Information der Patienten durch die Arzthelferinnen – ein wichtiger Erfolgsfaktor in den jetzt erfolgreich einschreibenden Praxen

legung dieses Artikels beendet. Ersten Prognosen zufolge hat der Vertrag in dieser Bewertung sehr gut abgeschnitten. Es besteht Grund zur Hoffnung, dass wir in absehbarer Zeit den Vertrag auch in weiteren Regionen umsetzen dürfen und möglicherweise zusätzliche Indikationen in den Vertrag integrieren können.

Regionale Netzwerke

Auf dem Gebiet der Gründung von regionalen Netzwerken beziehungsweise der Institutionalisierung schon bestehender (mehr oder weniger straff organisierter) Netzwerkstrukturen konnten wir Erfolge verbuchen: Erste Initiativen sind bereits eingetragen oder stehen kurz davor. Neben der Gründung von Vereinen – was abhängig vom jeweiligen Bundesland und zuständigen Registergericht problematisch werden kann – geht die Entwicklung verstärkt in Richtung der Gründung von Genossenschaften. Diese Organisations-

formen sind vor allem dann sinnvoll und notwendig, wenn im Rahmen des Netzwerks direkt mit den Krankenkassen zum Beispiel ein Vertrag zur integrierten Versorgung für die jeweilige Region verhandelt werden soll.

Sowohl beim Findungsprozess geeigneter Netzwerkstrukturen und der Planung der formalen Gründung als auch bei der Konzeption des IV-Vertrages bis hin zur Unterstützung beim Verhandeln mit den Krankenkassen bietet Athene über die Genossenschaft „Brain-Konzept“ Unterstützung an. Die Beratung erfolgt grundsätzlich direkt vor Ort in den jeweiligen Netzwerken. Dabei ist die Funktion von Athene mehr in einer Katalysatorfunktion schon bestehender Ideen, Strukturen und Vorstellungen zu sehen und weniger in einer dogmatisierenden Rolle als Initiator: Schon bestehende Gedanken und Ideen werden aufgegriffen und soweit wie möglich in die zukünftigen Strukturen und Verträge implementiert.

Patienten des IV-Vertrags „Depression“

Tabelle 2

Region	Anzahl der Patienten
Bayern	344
Berlin	843
Dresden	158
Gießen/Marburg	114
Hamburg	422
Hessen	606
Südpfalz	240
Saarland	9
Lauenburg-Lübeck	106
Unterfranken	130

Direktverhandlungen mit der KBV

In Zusammenarbeit mit den Vorsitzenden der drei Berufsverbände erarbeiten Gabriele Schuster und Matthias Wöhr im Auftrag von BDN, BVDP und BVDP derzeit auch ein 73c-Rahmenkonzept (besondere ambulante Versorgung) zu den Indikationen Depression, Psychosen, Demenz, Parkinson-Syndrome, Multiple Sklerose und Epilepsie. Das Rahmenkonzept steht nun kurz vor dem Abschluss. Athene hat das technische Repertoire im Team in den letzten Monaten stark erweitert und ist nun in der Lage, auch sehr große Verträge mit vielen Leistungserbringern und Patienten zu verwalten.

Bisher gehen bei Athene zwischen 300 und 400 Fax-Seiten am Tag ein. Mit Hilfe von derzeit intern erprobten, neuen technischen Grundlagen sind auch Zahlen von bis zu drei Millionen Fax-Seiten pro Tag sicher und effizient zu bewältigen. Somit ist Athene auch für die Zukunft gerüstet und fest gewillt, sich als Marktführer in der Verwaltung von Verträgen im neuropsychiatrischen Bereich zu behaupten. □

AUTOREN**Dipl.-Psych. Gabriele Schuster, Würzburg****Matthias Wöhr, Würzburg**

KOOPERATION MIT EINKAUFSPLATTFORM

Angebot nutzen – Kosten sparen

Die neurologisch-psychiatrischen Berufsverbände kooperieren mit der Einkaufsplattform „Medical Parts“. Dadurch lassen sich im Schnitt 20% beim Kauf medizinischer Verbrauchsartikel einsparen.

In den vergangenen Jahren hat sich die Situation gerade in neurologischen, nervenärztlichen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Arztpraxen zum Teil erheblich verschlechtert. Budgetkürzungen und zunehmende Bürokratie schränken den Handlungsspielraum immer stärker ein und setzen die Kollegen in immer stärkerem Maße wirtschaftlichen Zwängen aus. Viele Ärzte überlegen, wie sie ihre Praxiskosten ohne Einschränkung der medizinischen Leistungen reduzieren können.

Eine nahe liegende Möglichkeit ist der kostengünstige Einkauf von medizinischen Verbrauchsartikeln. Durch Einkaufsgemeinschaften und -genossenschaften die Kosten zu reduzieren, hat sich jedoch in vielen Fällen als zu aufwendig und kompliziert erwiesen.

Deutliche Preisvorteile

Aus diesem Grund haben BVDN, BDN und BVDP eine Kooperation mit der Einkaufsplattform für medizinische Verbrauchsartikel „Medical Parts“ geschlossen. Diese Plattform bietet aufgrund einer sehr schlanken Organisationsstruktur und der Bestellung von Großmengen direkt bei den Herstellern eine Kostenersparnis von durchschnittlich 20%. Dieser Preisvorteil wurde durch einen Vergleich mit den Kosten für medizinische Verbrauchsartikel der Gemeinschaftspraxis unseres stellvertretenden BVDN-Vorsitzenden Dr. Gunther Carl belegt. Die Ware kann bei Medical Parts direkt über die Internetplattform oder per Fax bestellt werden.

Neben medizinischen Verbrauchsartikeln können auch Büroartikel zu äußerst günstigen Konditionen und der über die Kassen abzurechnende Praxisbedarf bezogen werden. Die Zustellung erfolgt innerhalb von ein bis zwei Tagen durch einen Paketdienst und kostet 5,80 EUR.

Ab einem Bestellwert von 150 EUR ist der Versand kostenfrei.

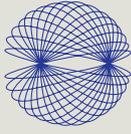
Für alle Mitglieder nutzbar

Die Einkaufsplattform ist am 1. Juni 2008 erfolgreich gestartet. Um einen optimalen Ablauf der logistischen Vorgänge zu gewährleisten, wurde der Zugang zu Medical Parts zunächst für 50 Pilotpraxen geöffnet. Seit dem 1. September haben nun alle Mitglieder der Berufsverbände BDN, BVDN und BVDP die Möglichkeit, den Preisvorteil beim Bezug medizinischer Verbrauchsartikel zu nutzen. Dabei werden keinerlei vertragliche Bindungen oder Verpflichtungen eingegangen.

Wenn Sie die kostengünstige Einkaufsplattform nutzen möchten, füllen Sie das Formular auf der nächsten Seite aus (Name, Praxisstempel) und faxen es an die Geschäftsstelle der Berufsverbände. Sie erhalten dann in den nächsten Tagen Ihre Zugangsdaten zur Einkaufsplattform und weitere Informationen. Bei Fragen steht Ihnen Jochen Buttke von Medical Parts, Telefon 0231 4762790, zur Verfügung. □

AUTOR

Jochen Lamp, Frankfurt



Berufsverband
Deutscher Nervenärzte



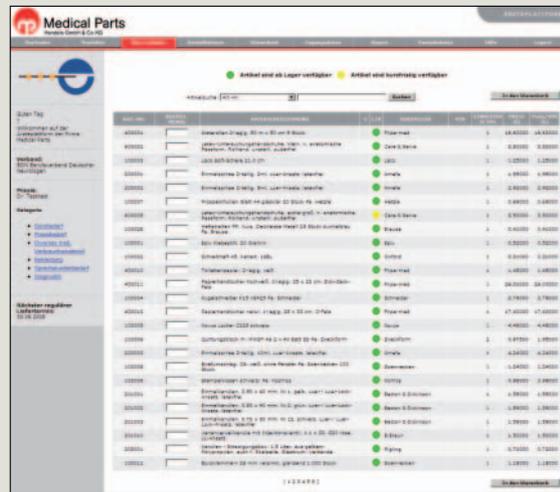
Berufsverband
Deutscher Neurologen BDN



Berufsverband
Deutscher Psychiater

FAX-ANTWORT

zur Nutzung der Einkaufsplattform der neuropsychiatrischen Berufsverbände.



Fax-Antwort an 02151 - 4546925/26

Ja, ich möchte die Einkaufsplattform für den Bezug medizinischer Verbrauchsartikel nutzen.

Name: _____

Praxisstempel



NEUES DGPPN-ZERTIFIKAT

Profil schärfen durch Zusatzqualifikation

Ab sofort können DGPPN-Mitglieder ein neues Zertifikat erwerben: „Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Konsiliardienst“. Zertifizierungen in Suchtmedizin und Gerontopsychiatrie sind in Planung.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) vergibt an ihre Mitglieder auf Antrag ab Herbst 2008 ein Zertifikat „Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Konsiliardienst“. Die Antragstellung erfolgt über die Hauptgeschäftsstelle der DGPPN. In Anbetracht der Bedeutung von Konsiliar- und Liaisondiensten für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Patienten in Allgemeinkrankenhäusern und Universitätsklinikum soll der Erwerb des Zertifikats zur Verbesserung der Versorgungsqualität einen Beitrag leisten.

Das Zertifikat soll es den in diesem Bereich tätigen Mitgliedern der DGPPN ermöglichen, sich über die Facharztanerkennung hinaus eine besondere fachliche Kompetenz zu erwerben beziehungsweise durch externe Überprüfung bestätigen zu lassen. Damit hat die DGPPN ein weiteres Zertifikat aufgelegt, nachdem im Jahre 2000 zunächst das Zertifikat „Forensische Psychiatrie“ eingeführt worden war. Es diente der Überbrückung bis zur Einführung einer eigenen Schwerpunktweiterbildung in „Forensischer Psychiatrie“, die erst beim Ärztetag 2003 in die Musterweiterbildungsordnung

aufgenommen wurde. Anliegen war es damals, die Facharztbezeichnung in Schwerpunkte aufzugliedern (vgl. DGPPN-Positionspapier 1997). Von diesem grundsätzlichen Vorhaben ist die DGPPN zwischenzeitlich wieder abgerückt, um Bedenken einer Zersplitterung des Faches mit partiellem Kompetenzerwerb zu Lasten eines Kompetenzverlusts in der Breite Rechnung zu tragen. Das DGPPN-Zertifikat „Forensische Psychiatrie“ haben mittlerweile mehr als 200 Psychiater erworben. Zum Stichtag 31.12.2007 waren bei der Bundesärztekammer 155 Ärzte mit der Schwerpunktbezeichnung „Forensische Psychiatrie“ registriert.

Pro und Kontra von Zertifikaten

Warum sind Zertifizierungen besonderer Fachkenntnisse und -fähigkeiten/-fertigkeiten durch Fachgesellschaften von zunehmender Bedeutung? Einerseits gibt es Zertifikate, die bestimmte Methodenkenntnisse bestätigen und damit nicht mehr bestimmten Fachgebieten im Sinne der Weiterbildungsordnungen zugeordnet sind wie beispielsweise das auch unter Psychiatern verbreitete „EEG-Zertifikat“ der Deutschen

Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie. Mit steigendem Wissenszuwachs und entsprechender Kompetenzausweitung ist andererseits die Notwendigkeit einer stärkeren „Binnendifferenzierung“ im Sinne von Spezialisierungen innerhalb klinischer Fachgebiete verbunden. In der Inneren Medizin haben wir diese Entwicklung bereits erlebt, hier hat sich die Fachweiterbildung aufgeteilt in eine dreijährige Basisweiterbildung (gemeinsam mit der Allgemeinmedizin), gefolgt von einer zweijährigen Weiterbildung zum Arzt für Innere Medizin (ohne Spezialisierungsbezeichnung) oder alternativ einer auf die Basisweiterbildung unmittelbar folgende dreijährige Spezialisierung in Angiologie, Endokrinologie und Diabetologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie oder Rheumatologie. In den operativen Fächern wurde ein ähnlicher Weg beschritten. Andere Fächer wie die Kinder- und Jugendmedizin halten an der fünfjährigen Grundweiterbildung zum Arzt für Kinder- und Jugendmedizin fest, bieten aber den Erwerb diverser Schwerpunktbezeichnungen durch eine auf die erste Facharztweiterbildung folgende dreijäh-



Bild: gelpi_stockxpert.de

rige zusätzliche Weiterbildungszeit in Kinder-Kardiologie, Neonatologie oder Neuropädiatrie. Für die Psychiatrie gibt es hier mittlerweile die Schwerpunktbezeichnung „Forensische Psychiatrie“, die im Rahmen einer dreijährigen Weiterbildung im Anschluss an den Erwerb der Facharztbezeichnung für Psychiatrie und Psychotherapie erlangt werden kann. Vergleichbar dienen Zertifikate, die von der Fachgesellschaft vergeben werden – und nicht von den Ärztekammern als Abschluss einer speziellen, auch in der Berufsbezeichnung fuhrbaren Zusatzweiterbildung – wesentlich auch der Schärfung des Profils eines Fachgebietes, ohne dieses in unterschiedliche Schwerpunkte oder Spezialweiterbildungen zu zersplittern. In diesem Sinne soll jetzt mit der Einführung des Zertifikates Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie neben der Forensischen Psychiatrie die Möglichkeit geboten werden, eine weitere fachliche Zusatzqualifikation – innerhalb des Faches – zu erwerben und nachzuweisen. Diesem Schritt gingen im DGPPN-Vorstand ausführliche Diskussionen zum Thema sowie zu Inhalt und Umfang des neuen Zertifikates, aber auch zum grundsätzlichen Pro und Kontra von Zertifikaten voraus. Neben Befürchtungen, dass durch Zertifikate die Bedeutung der Facharztqualifikation verringert werden könnte, oder dass Zertifikate in Zukunft als Voraussetzung für die Abrechenbarkeit bestimmter Leistungen herangezogen werden könnten, wurden die fachlichen Hürden für die Erlangung des Zertifikates teils als zu niedrig, teils als zu anspruchsvoll befunden.

Nicht abrechnungsrelevant

Letzten Endes gaben fachliche und fachpolitische Überlegungen den Ausschlag für die Akzeptanz der Einführung des Zertifikates. Im vorliegenden Fall werden über die allgemeine Facharztqualifikation hinaus Erwerb und Ausweis einer speziellen Qualifikation in einem Arbeitsbereich ermöglicht, der aufgrund seiner zentralen Stellung in der Medizin der Psychiatrie seinen Platz unter den somatischen Disziplinen und gegenüber den im gleichen Bereich tätigen Fächern, wie der Psychosomatischen Medizin, weiter ausbaut. Dass Zertifikate abrechnungs-

relevant werden, ist nicht zu erwarten: Weder war dies in der Vergangenheit der Fall, noch wird die bisherige Konsiliar- und Liaisonstätigkeit dadurch gefährdet. Ganz im Gegenteil: Es wurde auch unter dem Aspekt eines Kompromisses zwischen ausreichend hoher fachlicher Anforderung einerseits und praktischer Erwerbbarkeit des Zertifikates andererseits die Anerkennung bisheriger Tätigkeiten in diesem Gebiet in den Vergaberichtlinien festgelegt und in entsprechender Weise in den Übergangsbestimmungen verankert.

Weitere Zertifikate geplant

Um es noch einmal klar zu formulieren: Die Rolle des Psychiaters und Psychotherapeuten als fachlicher Spezialist und Generalist soll durch diese Entwicklung nicht in Frage gestellt, sondern erweitert werden. Entscheidend ist, dass dieser Schritt innerhalb des Fachgebietes – und von diesem selbst – angeregt und umgesetzt wird, bevor es andere tun. Die hier nur auszugsweise wiedergegebenen Erwägungen haben daher dazu geführt, dass der DGPPN-Vorstand die Prüfung und Entwicklung weiterer Zertifizierungen in Suchtmedizin und Gerontopsychiatrie in Auftrag gegeben hat, um auch in diesen Arbeitsgebieten tätigen Kolleginnen und Kollegen eine Möglichkeit zu geben, ihre besondere fachliche Qualifikation zu dokumentieren.

Die DGPPN hält bereits jetzt Kursangebote zum Erwerb des Zertifikats vor, beispielsweise im Rahmen des DGPPN Kongresses. Es bleibt zu hoffen, dass möglichst viele Fachkolleginnen und -kollegen die Option des Erwerbs beziehungsweise Belegs einer Zusatzqualifikation nutzen und damit dazu beitragen, dass die fachlich gebotene Weiterentwicklung des Kompetenzspektrums von Psychiatrie und Psychotherapie innerhalb des Faches Akzeptanz und außerhalb des Faches Anerkennung findet. □

AUTOR

**Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel,
Düsseldorf**

Stärkung der Fachidentität

Kommentar der Berufsverbände BVDN und BVDP zur Einführung des DGPPN-Zertifikats „Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Konsiliar-Liaisondienst“.

Die Berufsverbände BVDN und BVDP unterstützen dieses Zertifikat, obwohl sie grundsätzlich gegen eine Schwerpunktbildung und Aufsplitterung des Gebietes Psychiatrie und Psychotherapie votieren. Dieses Zertifikat dient jedoch in erster Linie der Stärkung psychiatrisch-psychotherapeutischer Fachkompetenz und Fachidentität in der Zusammenarbeit mit den anderen medizinischen Fächern. BVDN und BVDP weisen deshalb auf die Übergangsregelung hin, die am 25.7.2008 begonnen hat und nach fünf Jahren, also mit dem 24.7.2013 endet. Innerhalb dieser Zeit ist es möglich, im Antrag auf Erteilung des Zertifikates durch Selbstauskunft die erforderlichen Tätigkeiten zu beschreiben. Bitte machen Sie von der Möglichkeit Gebrauch, dieses Zertifikat zu erwerben. Das gesamte Curriculum ist auf www.DGPPN.de erhältlich.

Weitere Informationen zum Zertifikat

- Vor Inkrafttreten des DGPPN-Zertifikates „Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Konsiliar-Liaisondienst“ abgeleistete Tätigkeiten in diesem Bereich im In- und Ausland werden angerechnet, soweit sie den Erfordernissen des Zertifikates entsprechen.
- Als Ersatz für den Nachweis von vor Inkrafttreten des Zertifikates abgeleisteten Stunden theoretischer Fortbildung in Kursen und Seminaren ist eine Selbstauskunft ausreichend. Diese muss umfassen: zusammenfassende Darstellung der Fortbildungsthemen, ungefährender Stundenumfang, beispielhafte Nennung von Dozenten, beispielhafte Nennung von Veranstaltungen (z.B. DGPPN-Jahrestagung, Annual Meeting der EACLPP). Nach Inkrafttreten der Bestimmungen für das Zertifikat am 25.7.2008 abgeleistete theoretische Fortbildung muss grundsätzlich durch Vorlage der entsprechenden Fortbildungsbescheinigung belegt werden.
- Die Übergangsperiode beginnt mit dem 25.7.2008 und endet nach fünf Jahren. Bei später eintreffenden Anträgen werden vor dem 25.7.2008 absolvierte praktische Tätigkeiten und/oder theoretische Fortbildungen nicht mehr anerkannt.

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

**63 Präserter im Netz
Zugriffsdaten steigen
nach Relaunch**

**64 Praxis-Homepage bei NPIN
Machen Sie sich im Netz
bekannt**

**65 Lesen, lernen, diskutieren
Neurotransmitter schafft
Überblick**

**66 Patientenfernsehen ZNS TV
Fernsehen für das
Wartezimmer**

PRÄSESTER IM NETZ

Zugriffsraten steigen nach Relaunch

Die Hompages des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte „www.bvbn.de“ und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater „www.bv-psychoiater.de“ erscheinen jetzt in neuem Gewand.

Die Hompages der Verbände BVDN und BVDP wurden einem Relaunch unterzogen. Neu hinzugekommen ist ein Umfrageinstrument, mit dem die Berufsverbände ihre Mitglieder nach den Meinungen zu aktuellen berufs- und gesundheitspolitischen Themen befragen können. Vieles ist auch hinter den Kulissen geschehen: Die Seiten sind einfacher zu warten und zu aktualisieren. So werden die Mitglieder noch aktueller über die berufspolitischen Aktivitäten der Verbände, Vertragsverhandlungen, Qualitätsmanagement-Konzepte und anderes informiert. Der neue Webauftritt verzeichnet nun rund 35.000 Zugriffe (BVDN) beziehungsweise 11.000 Zugriffe auf den

internen Bereich pro Monat. Das Online-Portal ist also wieder gewachsen. Die Kernpunkte sind neben der Eigendarstellung des jeweiligen Berufsverbandes die verschiedenen Projekte der Verbände, zum Beispiel das erfolgreiche IV-Projekt Depression mit der Techniker Krankenkasse. Außerdem finden sich auf den Webauftritten Fortbildungen, Symposien und politische Veranstaltungen.

Wer seine Büros 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, so dass Mitglieder jederzeit auch auf vergangene

Ausgaben zugreifen können. Ein weiterer Service für Mitglieder ist der Newsletter des BVDN und des BVDP. Er erscheint rund drei- bis viermal im Jahr und informiert die Mitglieder über aktuelle Projekte des Berufsverbandes, Neuerungen und Termine.

Die Finanzierung der neuen Verbandshomepage erfolgt über Sponsorengelder. Die Sponsoren üben dabei keinen Einfluss auf redaktionelle Inhalte der Seiten aus. Selbstverständlich erfolgt auch keine „Schleichwerbung“. Insgesamt ist die Präsenz der Sponsoren auf der Homepage sehr zurückhaltend: Lediglich der Hauptsponsor Neuraxpharm erhält auf der Verbandsseite den Platz für ein Logo; blinkende und sich abwechselnde Banner gibt es nicht. Außerdem steht der Industrie 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 dargestellt. □

**Interaktiv und
informativ – mit
35.000 Zugriffen im
Monat sind die
Webseiten des BVDN
und BVDP äußerst
gefragt.**

AUTOR

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln

PRAXIS-HOMEPAGE BEI NPIN

Machen Sie sich im Netz bekannt

Im Internet suchen immer mehr Patienten nach Spezialisten für ihre Erkrankung. Die Patientenplattform „Neurologen und Psychiater im Netz“, NPIN, bietet Fachärzten die Möglichkeit, ihre Praxis und Behandlungsschwerpunkte vorzustellen.

Über 60% aller Patienten mit neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen nutzen das Internet um einen Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater zu suchen. Über 65% holen bereits im Vorfeld des Arztbesuchs Informationen über die Praxis ein. Rund 85% der Patienten finden ein bundesweites Verzeichnis von Fachärzten für Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie sehr hilfreich. Diese Ergebnisse brachte eine Umfrage zu Tage, die das Patientenportal des BVDN, BVDP und BDN www.

neurologen-und-psychiater-im-netz.de (NPIN) durchgeführt hat. Die Internetplattform NPIN bietet die Möglichkeit, sich auf einer eigenen Praxis-Homepage zu präsentieren, die mit einem bundesweiten Ärzteverzeichnis verbunden ist. Auf diese Weise finden Patienten ihre Praxis sowohl bei einer wohnortnahen Suche im Ärzteverzeichnis als auch bei einer Recherche mit Google.

Um eine Praxis-Homepage bei NPIN einzurichten, sind keinerlei spezielle Computerkenntnisse erforderlich.

Eine komfortable Benutzeroberfläche erlaubt es, Informationen über Leistungsspektrum, Behandlungsschwerpunkte und Praxiszeiten sowie Bilder des Praxisteams und der Behandlungsräume einzustellen. Das NPIN-Serviceteam steht Ihnen dabei hilfreich zur Seite.

Auch für Neurologen und Psychiater, die bereits über eine Homepage verfügen, ist eine Praxis-Homepage bei NPIN unverzichtbar. Die Verankerung der Praxisdaten in das Patientenportal und die Verlinkung der bereits vorhandenen Homepage mit der bundesweiten Ärztesliste verbessert die Auffindbarkeit Ihrer Praxis erheblich.

AUTOR

Jochen Lamp, Frankfurt



Anmeldecoupon für Ihre Praxis-Homepage bei www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de

Herausgegeben von den Berufsverbänden und Fachgesellschaften für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie: BDN, BKJPP, BVDN, BVDP, DGGPP, DGKJP, DGN, DGPPN

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

JA, ich melde eine Praxis-Homepage an für:

- Einzelpraxis ohne bestehende Homepage**
7,50 € / Monat zzgl. MwSt.
- Einzelpraxis mit bestehender Homepage**
3,75 € / Monat zzgl. MwSt.
- Gemeinschaftspraxis / andere Organisationsformen ohne bestehende Homepage**
10,- € / Monat zzgl. MwSt.
- Gemeinschaftspraxis / andere Organisationsformen mit bestehender Homepage**
5,- € / Monat zzgl. MwSt.

Ich/Wir bestätige/n Mitglied in einer der oben genannten Fachorganisationen zu sein.

Ich zahle per Bankeinzug von meinem Konto

Bei Nichtteilnahme am Bankeinzugsverfahren werden Bearbeitungsgebühren von 10,- Euro berechnet.

Geldinstitut	
Bankleitzahl	Kontonummer
Datum, Unterschrift	

**Schicken Sie Ihre Anmeldung an:
Fax 089 / 64 20 95 29**

Monks - Ärzte im Netz GmbH
"Neurologen und Psychiater im Netz"
Tegernseer Landstraße 138 • 81539 München
Tel. 089 / 64 24 82 12 • E-Mail: st.monks@monks.de

Weitere Informationen und Online-Anmeldung unter www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/aerzte

Widerrufsrecht: Sie können Ihre Bestellung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung an Monks - Ärzte im Netz GmbH, Tegernseer Landstr. 138, 81539 München. Datenschutz: Ihre Daten werden von uns zur Durchführung des Vertrages gespeichert. Sie können jederzeit der Nutzung durch eine schriftliche Benachrichtigung an uns widersprechen. Monks - Ärzte im Netz GmbH, Tegernseer Landstr. 138, 81539 München, Geschäftsführer: Sean Monks, Amtsgericht München, HRB 160883, USt-IDNr.: DE 246543509

LESEN, LERNEN, DISKUTIEREN**NEUROTRANSMITTER schafft Überblick**

Für die meisten Kollegen ist der **NEUROTRANSMITTER** längst eine feste Institution. Wir möchten die Gelegenheit dennoch nutzen, Ihnen diese Fachzeitschrift – die Standardlektüre der Zielgruppe – noch einmal vorzustellen.

Der **NEUROTRANSMITTER** richtet sich an Neurologen, Nervenärzte und Psychiater; zur Zielgruppe gehören weiterhin Kinder- und Jugendpsychiater, Neurochirurgen und im neuropsychiatrischen Bereich tätige Kollegen anderer Fachgruppen. Die Fachzeitschrift hat eine Druckauflage von derzeit 9.700 Exemplaren pro Ausgabe und erscheint elfmal pro Jahr. Zusätzlich gibt es Sonderausgaben anlässlich der Kongresse der DGN und der DGPPN.

Berufspolitisches Diskussionsforum

Die Zeitschrift ist das offizielle Organ von drei politisch aktiven Verbänden: Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN), Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVND) und Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP). Der **NEUROTRANSMITTER** versteht sich daher als führendes berufspolitisches Diskussionsforum. Die gesundheitspolitischen Entwicklungen verlangen nicht nur aktuelle und konkrete Informationen, sondern auch die Darstellung von berufspolitischen Strategien durch die Verbände.

Im Service-Teil finden sich als Ihre Ansprechpartner die Kontaktdaten von Berufsverbandsmitgliedern, die in Kassenärztlichen Vereinigungen oder Ärztekammern tätig sind.

Der **NEUROTRANSMITTER** bietet hoch qualifizierte wissenschaftlich-medizinische Fortbildung. Neben Fachbeiträgen von führenden Autoren sind auch ein CME-Modul sowie lehrreiche Kasuistiken und Referate von Publikationen aus der internationalen Fachliteratur Bestandteil des Fortbildungsprogramms.

Buchrezensionen, Presseberichte über pharmakologische Entwicklungen und ein Journal-Teil mit Kunst- und Literaturbeiträgen runden das inhaltliche Spektrum ab.

Gelesen und geschätzt

In regelmäßigen Abständen werden in der unabhängigen Leseranalyse für medizinische Fachzeitschriften (LA-MED) die Reichweiten der Zeitschriften ermittelt. Bereits bei der ersten Teilnahme an dieser Erhebung im Jahr 1998 erzielte der **NEUROTRANSMITTER** Spitzenwerte. Mittlerweile konnte er seine Bedeutung und Beliebtheit in der Fachgruppe bei vielen weiteren Leseranalysen bestätigen.

Auch im Internet ist die Zeitschrift auf den Homepages der drei Berufsverbände präsent. Für wichtige tagespolitische Meldungen werden ferner die Neurotransmitter-Telegramme versendet.

Seit 1990 etabliert

Die erste Ausgabe des **NEUROTRANSMITTER** erschien im Mai 1990 in Wiesbaden; schon damals war diese Facharztzeitschrift das Organ des BVND. Später wurde der Titel unter der Leitung von Dr. Adelheid Barth-Stopik in Berlin herausgegeben.

Die erste Ausgabe als Zeitschrift des damaligen Medien & Medizin Verlags (MMV) in München erschien 1998. Seit diesem Jahr ist PD Dr. Albert Zacher Schriftleiter. 1999 erfolgte die Fusion des MMV-Verlags mit dem Verlag Urban & Vogel. Mit Gründung des BDN im Jahr 1999 war der **NEUROTRANSMITTER** auch Organ dieses Verbands. Seit dem Jahr 2000 ist die Fachzeitschrift offizielles Medium des dritten Berufsverbands, des BVDP. **af**



PATIENTENFERNSEHEN ZNS TV

Fernsehen für das Wartezimmer

ZNS TV soll Patienten und deren Angehörige über Krankheiten informieren und gleichzeitig ihre Motivation und Kompetenz steigern. Nicht zuletzt können sich über das Medium auch Selbsthilfegruppen präsentieren.

Die Rolle des Patienten ändert sich zusehends. Dominierte in der Vergangenheit ein Bild, das den Patienten primär als passiven Empfänger von Gesundheitsleistungen sah, so propagiert heute nicht zuletzt die Politik einen Patienten, der mehr Verantwortung für seine Gesundheit übernimmt. Patienten sollen zu Partnern des Gesundheitssystems werden. Die damit verbundenen neuen Anforderungen implizieren einen erhöhten Informations- und Bildungsbedarf auf der Seite der Patienten und ihrer Angehörigen.

Patientenkompetenz

Durch eine aktivere Rolle soll der Patient einerseits lernen, mit präventionsmedizinischen Maßnahmen seine Gesundheit zu erhalten, andererseits aber auch erfolgreicher im Umgang und in der Bewältigung seiner Krankheiten agieren. Patienten werden diese Rolle nur dann einnehmen können, wenn sie die Möglichkeit haben, sich über Krank-

heiten und Therapien zu informieren, diese zu vergleichen und deren Nutzen und Risiken abzuwägen.

Der Begriff der Patientenkompetenz umfasst die Fähigkeiten der Patienten, sich den Herausforderungen ihrer Erkrankungen zu stellen, eigene und fremde Ressourcen zur Krankheitsbewältigung zu nutzen sowie eigene Zielvorstellungen zu formulieren und zu verfolgen. Auch hier kommt der unabhängigen Information und Bildung der Betroffenen eine essenzielle Rolle zu. Darüber hinaus kann es hilfreich sein, vom Umgang anderer Patienten und ihrer Familien mit der Erkrankung zu erfahren und diese Erfahrung in den eigenen Entscheidungsfindungsprozess einzubeziehen.

Arzt-Patienten-Beziehung

Umfragen unter Patienten zeigen, dass sich die Mehrheit bei schwerwiegenden und chronischen Erkrankungen zusätzlich zur Beratung durch den Arzt eigenständig informieren möchte. Der infor-

mierte Patient kann die richtigen Fragen stellen und die Behandlungsmöglichkeiten gemeinsam mit seinem Arzt besprechen. Die Einbeziehung der Patienten in medizinische Entscheidungsprozesse (shared decision making) kann die Therapietreue des Patienten fördern, zu besseren Behandlungsergebnissen und damit zu einer höheren Zufriedenheit von Patienten und Ärzten führen. Ärzte profitieren durch eine verbesserte Arzt-Patienten-Beziehung und werden durch die gemeinsame Verantwortungsübernahme bei medizinischen Entscheidungen entlastet.

Grundlegende Voraussetzungen der stärkeren Berücksichtigung des Patienten innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung sind Kommunikation und Empathie. Patienten erwarten ein angemessenes Mitgefühl sowie Raum und Zeit, sich mitteilen zu können. Im Rahmen von Studien konnte eine gute Evidenz für die Effektivität des ärztlich-therapeutischen Gespräches (oder wesentlichen Elementen davon) für das Patienten-Selbstmanagement, die Patientenzufriedenheit und den geringeren zusätzlichen Behandlungsaufwand bei verschiedenen Erkrankungen nachgewiesen werden.

Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage

Dem beschriebenen erhöhten Informations- und Bildungsbedarf von Patienten und Angehörigen steht eine wachsende Informationsflut über Gesundheitsdienstleistungen und -produkte gegenüber, aber auch ein Mangel an validen, aussagekräftigen und verständlichen Daten. Zwischen den realen Informationsbedürfnissen der Patienten und den verfügbaren Informationen klafft häufig eine eklatante Lücke. Nur einzelne Leistungsanbieter beziehen Patienten in die Gewinnung und Aufbereitung von Informationen ein.

Neuropsychiatrische Erkrankungen immer häufiger

Nach aktuellen Schätzungen der WHO leiden weltweit mehr als eine Milliarde Menschen an Erkrankungen des zentralen Nervensystems – Tendenz zunehmend. Hierzu gehören alle psychiatrischen Erkrankungen, Schädel-, Hirn- und Rückenmarksverletzungen, Bewegungsstörungen, Demenzen, Schlaganfall und Epilepsie. Somit zählen neuropsychiatrische Krankheiten weltweit zu den häufigsten Erkrankungen mit entsprechender Bedeutung für die Gesellschaft und Volkswirtschaft.

Aktuelle Daten der Krankenkassen in Deutschland zeigen, dass die Anzahl der durch neuropsychiatrische Erkrankungen verursachten Arbeitsunfähigkeitstage in den letzten Jahren stark gestiegen ist. Gleiches gilt für die Zahl der vorzeitigen Berentungen, hier sind die neuropsychiatrischen Erkrankungen zum führenden Berentungsgrund geworden.

Neuropsychiatrische Krankheiten stellen also eine Herausforderung an das Gesundheitswesen dar, ihre wachsende Belastung ist ein internationales Problem. Vor diesem Hintergrund macht es sehr viel Sinn, sowohl das Bewusstsein über die Bedeutung neuropsychischer Gesundheit in der Bevölkerung zu fördern als auch das Wissen über umfassende, integrierte und effiziente Versorgungssysteme auf der Patientenseite zu erhöhen und zu deren Nutzung anzuregen.

Informationsmedium ZNS TV

ZNS TV im Auftrag des BDN, BVDP und BVDN ist ein unabhängiges Laien- Informationsmedium über neuropsychi- atrische Erkrankungen; das Medium verfolgt unter intensiver Einbeziehung der Interessen von Patienten und ihrer Angehörigen die folgenden Ziele:

- Awareness für ZNS-Erkrankungen steigern,
- Entstigmatisierung von Patienten und deren Angehörige fördern,
- valide Informationen über Erkrankungen und Möglichkeiten ihrer Therapie und Bewältigung bieten,
- die Zusammenarbeit von Patienten und ihrer Ärzte im Gesundheitssystem beobachten und ihre Erfahrungen in Modellen der modernen Patientenversorgung dokumentieren,
- Patienten motivieren, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen und sich im Arzt-Patienten-Team stärker zu engagieren,
- Kommunikation zwischen Arzt und Patient anregen und Patienten sowie Angehörige in der Formulierung ihrer Probleme und Nöte unterstützen.

Wartezimmer und Wartezeit nutzen

Viele Ärzte sind der Meinung, dass das Wartezimmer – durchschnittlich mindestens 15 Minuten pro Patient genutzt – mehr Attraktivität verdient. Nach einer Befragung des Instituts für angewandte betriebswirtschaftliche Standards (IFABS) sind mehr als 30 % der Ärzte mit ihrem Wartezimmerbereich unzufrieden und möchten ihren Patienten an dieser Stelle mehr Komfort und Service anbieten. Was liegt also näher, als den Wartebereich von Praxen und Kliniken durch ein interessantes und informatives, gezielt auf den Patienten abgestimmtes TV-Programm aufzuwerten und bloße Wartezeit zur Bildung und Kompetenzstärkung zu nutzen?

Die Berufsverbände bieten seit Dezember 2007 ZNS TV als Informationsforum für Patienten und Angehörige an. ZNS TV stellt für Patienten und Angehörige eine sinnvolle Ergänzung des bereits bestehenden Internetportals „Neurologen und Psychiater im Netz.de“ dar. Die Berufsverbände haben so die Möglichkeit, über Aktuelles aus der natio-

nalen und internationalen Medizin-Szene sowohl im Internet zu berichten als auch filmisch attraktiv aufbereitet direkt in die Praxen zu senden. Darüber hinaus wird für Patienten, die ZNS TV außerhalb der Praxen beziehungsweise Kliniken sehen möchten, die Möglichkeit angeboten, dieses Magazin auf DVD einmal monatlich gegen eine Schutzgebühr zu beziehen.

ZNS TV erscheint als unmoderiertes Magazin von rund 30 Minuten Länge ein Mal im Monat. Gemäß den Vorstellungen von BDN und BVDN wird von einer sechsmonatigen Pilotphase einschließlich einer Evaluation ausgegangen. Nach dieser Pilotphase ist es möglich, auf der Basis des Feedbacks der am Programm teilnehmenden Praxen eine Bewertung des Projektes abzugeben. Das Magazin enthält durchschnittlich fünf Beiträge, wobei folgende Themenkreise beziehungsweise Rubriken bearbeitet werden:

- präventionsmedizinische Aspekte bei ZNS-Erkrankungen,
- Plattform für die Selbsthilfeorganisationen,
- Beratung „von Patient zu Patient“,
- Patientenbeispiele/Kasuistiken,

- Modelle der modernen Patientenversorgung (z. B. integrierte Versorgung),
- Neues aus Forschung und Entwicklung – News zu ZNS-Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten,
- „Wir stellen uns vor!“ Informationsplattform für Arzneimittelunternehmen, Kliniken, Praxisverbände, Krankenkassen etc.

Wenn Sie an ZNS TV interessiert sind, senden Sie den unten abgedruckten Coupon an die gemeinsame Geschäftsstelle der Berufsverbände. Sie erhalten dann Informationen über die Technik, ZNS TV (PraxisMedia) im gewünschten Format und weitere Unterlagen. □

AUTOREN

Dr. med. Edda Jaleel, Basel

Klaus Rustmeier, Hannover

Coupon „PraxisMedia“

Interessenten senden bitte diesen Coupon an die gemeinsame Geschäftsstelle der Berufsverbände, Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld. Sie bekommen dann Informationen über die Technik, PraxisMedia im gewünschten Format und unsere Feedback-Unterlagen der



Ja, ich möchte für meinen Wartezimmerbereich PraxisMedia-Fernsehen erhalten.

- als Video DVD für den DVD Player bzw. PC mit TV-Karte
- als Daten DVD für den PC

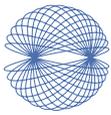
Praxis Anschrift:

Name _____

Straße _____

PLZ Ort _____





BVDN

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-Württemberg: Herbert Scheiblich
Bayern: Gunther Carl
Berlin: Gerd Benesch
Brandenburg: Gisela Damaschke
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: Helmut Storz
Sachsen: Josef Kesting
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Fritz König
Thüringen: Konstanze Tinschert
Westfalen: Klaus Gorsboth

Gremien des BVDN

SEKTIONEN

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

ARBEITSKREISE

Neue Medien: A. Hillienhof
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 (Continuous 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 des BVDN

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



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



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

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
Migrationsensible psychiatrische Versorgung: G. Sander, M. Stieglitz

Ich will Mitglied werden!

■ **An die Geschäftsstelle Gut Neuhof, Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Fax: 02151 4546925**

- 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; 55 EUR für Ärzte in Weiterbildung).
- 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/Fachärzte an Kliniken/Niedergelassene).
- 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.)

Antipsychotische Therapie: Verträglichkeit im Mittelpunkt

➔ Extrapyramidale Symptome (EPS) schränken die Anwendbarkeit klassischer Neuroleptika ein, während neuere Antipsychotika diesbezüglich günstiger abschneiden. Dennoch ist auch bei den modernen Substanzen die Verträglichkeit ein wichtiges Kriterium für die Therapiewahl. „Mögliche Nebenwirkungen einer Therapie gehen nicht nur zu Lasten der Lebensqualität, sondern verschlechtern auch die Compliance und erhöhen das kardiovaskuläre Risiko“, sagte Prof. Wolfgang Fleischhacker, Innsbruck/Österreich. Aber nicht alle neuen Wirkstoffe sollten über einen Kamm geschert werden: So käme es bei einigen, zum Beispiel bei Olanzapin, zu einem deutlichen Gewichtsanstieg von 10 kg oder mehr, während unter der Therapie mit Ziprasidon (Zeldox®) die Gewichtszunahme mit durchschnittlich 4,8 kg deutlich gerin-

ger ausfalle, und dies auch im Vergleich zu Haloperidol [Kahn RS et al. Lancet 2008; 371: 1085]. Außerdem stiegen unter Ziprasidon weder die Cholesterin- noch die Triglyzeridspiegel; entsprechend niedrig sei das Risiko für die Entwicklung eines metabolisches Syndroms. Dies sei ein besonders wichtiger Aspekt, so Fleischhacker, da Patienten mit Schizophrenie ohnehin ein erhöhtes Risiko für Typ-2-Diabetes, Dyslipidämien und Adipositas haben. Fleischhacker ging noch auf einen weiteren Aspekt ein, der immer wieder in Zusammenhang mit der Sicherheit von Atypika diskutiert wird. „Die darunter zu beobachtende Verlängerung des QT-Intervalls im EKG wird als kardiovaskuläres Risiko vermutlich überschätzt“, sagte der Psychiater. Ein Zusammenhang zwischen QT-Zeit-Verlängerung und ventrikulären Arrhythmien sei nicht belegt, vielmehr lasse

eine aktuelle Studie [Tümüklü M et al, CNP 2008, Poster 45] vermuten, dass Veränderungen der TP-Strecke ein stärkerer Prädiktor für Torsades des Pointes sind als das QT-Intervall. Ziprasidon sei bezüglich der TP-Strecke unauffällig. Abgesehen davon sind bisher auch keine klinisch relevanten QT-Zeit-Verlängerungen oder Herzrhythmusstörungen unter Ziprasidon aufgetreten. Auf wiederholte EKG-Untersuchungen während der Therapie könne deshalb vermutlich verzichtet werden, sofern laut Basis-EKG kein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko vorliegt, sagte der Psychiater. **grue**

Satellitensymposium zum 21. ECNP-Kongress Barcelona, 30. August 2008
Veranstalter: Pfizer Inc., Berlin

AChE-Hemmer auch bei schwerer Alzheimer-Demenz wirksam

➔ Der Acetylcholinesterase(AChE)-Inhibitor Galantamin (Reminyl®) kann bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Erkrankung sowohl die Kognition, als auch Alltagsfähigkeiten und Verhaltensstörungen der Patienten verbessern und somit den Betreuungsaufwand verringern, wie klinische Untersuchungen belegen. Dass auch Patienten, die unter schwerer Demenz leiden, von einer Behandlung mit dem Antidementivum profitieren können, zeigen die Ergebnisse der aktuellen SERAD-Studie (Safety and Efficacy of galantamine (Reminyl®) in severe Alzheimer's Disease), die Prof. Matthias Riepe, Ulm, vorstellte. Die randomisierte, multizentrische Doppelblindstudie umfasste 407 Heimpatienten, die an Alzheimer-Demenz in fortgeschrittenem Stadium mit einem MMSE-Wert (Mini-Mental-State Examination) zwischen fünf und zwölf Punkten litten. Diese wurden über 26 Wochen mit Galantamin in einer mittleren Dosis von 18,4 mg/d behandelt oder erhielten Placebo – mit folgenden Ergebnissen: Die kognitive Leistung entwickelte sich unter dem Antidementivum gemäß SIB-Gesamtscore (Severe Impairment Battery) signifikant besser als unter dem Scheinmedikament (Steigerung um 1,9 Punkte versus

Abfall um 3 Punkte im Vergleich zum Ausgangswert). Zudem fanden sich die Patienten der Verumgruppe deutlich leichter auf ihrer Station zurecht als diejenigen der Vergleichsgruppe und mussten daher auch weniger pflegerische Ressourcen in Anspruch nehmen.

Gleichzeitig wurde das moderne Antidementivum von den Patienten gut vertragen, obwohl diese im Durchschnitt mit rund 84 Jahren sehr alt waren und eine Vielzahl von Begleiterkrankungen aufwiesen. Die Rate der (schweren) Nebenwirkungen war in der Verum- und Placebogruppe vergleichbar; EKG sowie Blutdruck und Herzfrequenz wurden durch Galantamin nicht beeinträchtigt. Die Sterberate lag unter dem Antidementivum sogar erheblich niedriger als bei denjenigen Patienten, die ein Scheinmedikament erhalten hatten (3,9% versus 10,5%). **soe**

Pressebriefing „SERAD-Studie – Effekte von Galantamin bei Patienten mit schwerer Alzheimer-Demenz“
Hamburg, 10. September 2008
Veranstalter: Janssen Cilag, Neuss

Erneut bestätigt: Johanniskraut hilft

Eine neue Übersichtsarbeit der Cochrane Collaboration hat gezeigt, dass Johanniskraut besser gegen Depressionen wirkt als Placebo. In 17 der insgesamt 29 untersuchten Studien gab es praktisch keine Unterschiede in den Ansprechraten zwischen Johanniskraut und synthetischen Antidepressiva [Linde K et al. Cochrane Database Syst Rev. 2008 (4)]. Die Dreierkombination in NEURAPAS® balance nutzt neben dem stimmungsaufhellenden Effekt des Johanniskrauts auch die positiven Wirkungen der Passionsblume und des Baldrians. Die Passionsblume wirkt angstlösend und entspannend, Baldrian beruhigend und einschlaflördernd.

Nach Informationen von Pascoe, Gießen



Bild: Archiv

Bei Alzheimer-Demenz alle Therapieoptionen ausschöpfen

➔ Eine antidementive Behandlung der Alzheimer-Erkrankung sollte schon unmittelbar nach der Diagnosestellung erfolgen. Denn die Frühtherapie kann den Verlauf der Erkrankung verzögern und die Belas-



Bild: Archiv

tung der Angehörigen herabsetzen. Die Therapie sollte individualisiert und evidenzbasiert sein, so Prof. Claus Wächtler, Hamburg. Bei leichter bis mittelschwerer Symptomatik sollten Acetylcholinesterase-Hemmer und bei mittelschwerer bis schwerer Symptomatik Memantine (z. B. Ebixa®) eingesetzt werden. Wächtler empfiehlt, den Therapieerfolg nach drei bis sechs Monaten zu kontrollieren. Da es sich um eine progrediente Erkrankung handele, sei auch ein vorübergehender Stillstand des Krankheitsprozesses schon als Erfolg zu werten. Die Therapie dürfe daher nicht zu früh beendet werden, warnte er. Patienten, die auf Antidementiva ansprechen und sie gut tolerieren, sollten diese möglichst lebenslang beibehalten. Außerdem müssen neuropsychiatrische Symptome effektiv behandelt werden, denn sie belasten die Angehörigen oft mehr als die nachlassende Kognition. Auch die Verhaltenssymptome können durch die spezifische antidementive Therapie so verringert werden, dass der Patient weniger oder gar keine Neuroleptika benötigt, betonte Wächtler.

Wenn bei schweren psychischen Begleitsymptomen, wie Aggression, Wahn und Halluzination, Neuroleptika unvermeidbar sind, sollten sie wegen des erhöhten zerebrovaskulären Risikos nur vorübergehend und in möglichst niedriger Dosis eingesetzt werden. Da die meisten neuropsychiatrischen Symptome nur kurzzeitig auftreten, sollten bei einer neuroleptischen Therapie rechtzeitig Absetzversuche unternommen werden. Flankierende nicht-medikamentöse Maßnahmen können seiner Meinung nach den Erfolg der antidementiven Therapie noch verbessern. Als evidenzbasiert gelten die kognitive Stimulationstherapie, die Gesprächs- und Psychotherapie, die Stützung und Beratung von Angehörigen sowie Mitarbeiterschulungen. **aam**

**Satellitensymposium „Alzheimer-Demenz – Erwartung und Realität“ im Rahmen des DGN-Kongresses
Hamburg, 11. September 2008
Veranstalter: Lundbeck, Hamburg**

Depressionen: Residualsymptome erhöhen Rezidivrisiko

➔ Primäres Ziel jeder antidepressiven Therapie ist das Verschwinden aller depressiven Symptome – einschließlich der körperlichen Begleitsymptome. Nur so lasse sich langfristig eine gute Prognose und ein sicherer Schutz vor Rezidiven erzielen, berichtete Prof. Hans-Jürgen Möller, München. Allerdings werden die körperlichen Beschwerden von den Patienten und ihren Ärzten häufig nicht in Zusammenhang mit einer Depression gebracht und somit nicht adäquat therapiert. Körperliche Symptome, wie Rücken-, Muskel-, Magen- und Kopfschmerzen, gastrointestinale Beschwerden, Schlafstörungen und Schwächegefühl, sind nach den Worten von Möller bei jeder Depression vorhanden – unabhängig von ihrem Schweregrad. Die Assoziation von Schmerzen und psychischen Symptomen ist durch ein dysfunktionales serotonerges und noradrenerges Transmittersystem bedingt.

Es lohnt sich, physische und psychische Symptome von Anfang an konsequent zu behandeln, betonte Prof. Koen Demyt-

naere, Leuven/Belgien. Schmerzhaftes Symptom seien Prädiktor für eine schwere Depression und ein schlechteres Ansprechen auf eine antidepressive Therapie. In mehr als 90 % aller Fälle seien persistierende körperliche Beschwerden für die erhöhten Rückfallraten verantwortlich. Auch die psychische und soziale Funktionsfähigkeit lässt sich wiederherstellen, wenn die Patienten möglichst vollständig von den Beschwerden befreit werden.

Der selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Duloxetine (Cymbalta®) verbessert signifikant und klinisch relevant den gesamten Symptomkomplex – einschließlich der Schmerzen. Die schmerzlindernde Wirkung wurde sowohl in der Behandlung von Depressionen als auch von generalisierten Angststörungen nachgewiesen.

Dr. Lauren B. Marangell, Indianapolis/USA, wies darauf hin, dass man im Hinblick auf das Therapieziel der vollständigen Remission die Behandlung affektiver Störungen sofort mit einer möglichst effektiven Me-

dikation starten solle. Denn nach jedem gescheiterten Therapieversuch sinke die Chance auf Remission drastisch. Je früher auch die körperliche Symptomatik insbesondere Schmerzen verbessert werde, desto größer sei die Aussicht auf Remission. „Setzen Sie adäquate Dosierungen über einen adäquaten Zeitraum ein“, riet Marangell weiter. **aam**

**Satellitensymposium „New vistas in treating mood and pain disorders“ und Pressegespräch „Den Teufelskreis der Generalisierten Angststörung an zwei Stellen durchbrechen? – Therapieoptionen mit Cymbalta®“ im Rahmen des 21. ECNP-Kongresses
Barcelona, 30./31. August 2008
Veranstalter: Boehringer Ingelheim und Lilly, Bad Homburg**

Bipolare Depression: Richtige Diagnose ist wichtig

➔ Ehe die Diagnose bipolare Störung gestellt wird, können mehr als zehn Jahre vergehen. Ein Grund: Patienten mit einer bipolaren Störung suchen meist nur bei akuten depressiven Symptomen ärztliche Hilfe, und ohne Kenntnis über vorausgegangene Manien ist es dann schwer, zwischen bipolarer und unipolarer Depression zu unterscheiden.

Die richtige Diagnose ist nach den Worten von Prof. Peter Bräunig, Berlin, deshalb so wichtig, weil sich die Behandlung der unipolaren und bipolaren Depression unterscheidet. So reichen Antidepressiva bei der bipolaren Depression meist nicht aus, sie führen häufig zu einem Switch in die Hypomanie und Manie oder sie können einen raschen Phasenwechsel (Rapid Cycling) auslösen. Bräunig wies daraufhin, dass bei dem atypischen Neuroleptikum Quetiaprin (Seroquel®) ein Switch in die Manie nicht zu befürchten ist.

Zugelassen ist Quetiaprin bereits bei bipolarer Manie, die Zulassung für bipolare Depression wird noch in diesem Jahr und die Zulassung zur Phasenprophylaxe bei bipolaren Störungen Anfang 2009 erwartet.

Um die Diagnostik und Versorgungssituation der Patienten mit bipolarer Störung zu verbessern, haben der BDN und das Unternehmen Astra Zeneca die CME-zertifizierte Fortbildungsinitiative VISIO gestartet. Bundesweit sind mehr als 100 Veranstaltungen unter dem Motto „Depressive Symptome in der Hausarztpraxis – unipolar oder bipolar?“ geplant, in denen sich je 20 Teilnehmer zwei Stunden lang über das Krankheitsbild bipolare Störung informieren können. Patienten und Angehörige können sich auf den Internetseiten www.schattenkampf.de und www.psychose.de über die Erkrankung informieren.

awa

**Pressekonferenz „Bipolare Störungen erkennen, verstehen und bewältigen“
Hamburg, 23. September 2008
Veranstalter: Astra Zeneca, Wedel**

Alzheimer: Gen sagt gutes Therapieansprechen voraus

➔ In einer 18-monatigen Phase-II-Studie zeigte der monoklonale Antikörper Bapineuzumab (AAB-001) ein akzeptables Sicherheitsprofil und klinische Wirksamkeit in der Behandlung von Patienten mit leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz. Post-hoc-Analysen ergaben statistische Signifikanz und klinisch bedeutsame Vorteile bei einer Subgruppe von Patienten, die das Allel für Apolipoprotein-E4 nicht tragen.

„Die Ergebnisse dieser Phase-II-Studie sind ein wichtiger Meilenstein für die stetigen Bemühungen, neue Behandlungsmöglichkeiten für Alzheimer-Patienten zu entwickeln“, so PD Dr. Peter-Andreas Löschmann, Medizinischer Direktor von Wyeth Pharma in Deutschland. „Die Studie unterliegt zwar Einschränkungen in Bezug auf Größe, De-

sign und Zielen. Wenn sich jedoch die Ergebnisse der Post-hoc-Analysen in dem weltweiten Phase-III-Studienprogramm reproduzieren lassen, unterstützen sie die β -Amyloid-Hypothese als Ursache für Alzheimer-Demenz und können das therapeutische Vorgehen bei dieser Erkrankung ändern.“ Bapineuzumab ist der erste humane, monoklonale Antikörper, der zurzeit als potenzielle Behandlungsmöglichkeit für Alzheimer-Demenz untersucht wird.

Nach Informationen von Wyeth, Münster

Alzheimer: kommunikative Fähigkeiten länger erhalten

— „Memantine (Axura®) wirken sich positiv auf die kommunikativen Fähigkeiten bei Alzheimer-Demenz aus“, so Prof. Schulz, Göttingen, beim Satellitensymposium auf dem 81. Kongress der DGN in Hamburg im September 2008. Studien belegen die signifikante Wirksamkeit von Memantine auf die Kernomänen der Alzheimer-Demenz: Kognition, alltagspraktische Fähigkeiten, psychopathologische Symptome und klinisches Gesamturteil [Winblad et al. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2007; 24: 20–27]. In den aktuell erschienenen Leitlinien der DGN zur Diagnostik und Therapie bei Alzheimer-Demenz wird Memantine im zugelassenen Indikationsbereich als wirksam und gut verträglich empfohlen. Auch die neue einfachere 1x tägliche Dosierung von Axura® 20 mg ergänzt die positiven Therapieeffekte.

**Nach Information von Merz
Pharmaceuticals**

Frühd Diagnose von Alzheimer

— Bayer Schering Pharma und die Universität Nagasaki (Japan) haben einen Lizenzvertrag zur Nutzung neuartiger Substanzen für die molekulare Bildgebung unterzeichnet. In Verbindung mit der PET könnten diese Markierungsstoffe eine frühere Diagnose der Alzheimer-Erkrankung möglich machen. Im Rahmen der Vereinbarung erwirbt Bayer Schering Pharma die weltweiten Exklusivrechte zur Erforschung, Entwicklung und Vermarktung einer Gruppe von radioaktiv markierten Molekülen für die diagnostische Bildgebung neurodegenerativer Erkrankungen. Die mit dem kurzlebigen Radionuklid Fluor 18 (F18) markierten Substanzen können dabei helfen, molekulare Prozesse von Erkrankungen des Zentralnervensystems darzustellen. Die im Vertrag beschriebenen PET-Substanzen binden spezifisch an Amyloid beta, eine krankhafte Eiweißablagerung im Gehirn, die im kausalen Zusammenhang mit der Alzheimer-Erkrankung steht. Mit Hilfe der F18-markierten PET-Tracer können diese Ablagerungen möglicherweise frühzeitig nachgewiesen werden.

**Nach Informationen von Bayer,
Leverkusen**

Alzheimer-Diagnostik: Zukünftig Blutprobe statt invasiver Liquorpunktion

➔ Für die Diagnostik der Alzheimer-Demenz empfehlen die aktuell revidierten Leitlinien neben der klinischen Untersuchung und neuropsychologischen Testung auch die Labordiagnostik. Bestimmt werden die Biomarker Tau, P-Tau und Beta-Amyloide (A-Beta) im Liquor, die krankheitsspezifisch erhöht sind und eine Testgenauigkeit von 80–90% erreichen, wie multizentrische Studien mit mehreren Tausend Patienten gezeigt haben. Bei Patienten im prodromalen Stadium der leichten kognitiven Störung (Mild Cognitive Impairment, MCI) können typische Veränderungen der Demenzbiomarker P-Tau und A-Beta-42 die

Demenzentwicklung vier bis sechs Jahre vorhersagen.

„Wichtig für eine exakte Früh- und Differenzialdiagnose ist die multiparametrische Bestimmung mehrerer Biomarker“, erklärte Prof. Jens Wiltfang aus Essen. So zeigte sich zum einen die Ratio A-Beta-42/A-Beta-40 beziehungsweise A-Beta-38 der alleinigen Bestimmung von A-Beta-42 diagnostisch überlegen. Zum anderen können spezifische Verteilungsmuster der verschiedenen A-Beta-Peptide im Liquor etwa auf frontotemporale Demenz oder Demenz mit Lewy-Körperchen hinweisen. „Auch wenn die Lumbalpunktion heute als relativ risi-

koarme Methode angesehen werden kann, ist sie für Patienten ein invasiver Eingriff, der psychisch belastend ist“, so Wiltfang. Es bestehe daher Bedarf an blutbasierten Biomarkern für die Positiv-diagnostik von Demenzerkrankungen. Erste hoffnungsvolle Ergebnisse in dieser Richtung brachte eine aktuelle bevölkerungsbasierte Untersuchung mit 1.756 Probanden: Danach ist eine erhöhte Plasmakonzentration von A-Beta-40, besonders wenn sie mit einer niedrigen Konzentration von A-Beta-42 kombiniert ist, ein möglicher prädiktiver Marker eines erhöhten Demenzrisikos.

In einer eigenen Pilotstudie zeigte Wiltfang weitere Möglichkeiten zur neurochemischen Differenzierung: So kommt beispielsweise eine erhöhte Konzentration von A-Beta-40 bei gleichzeitig erniedrigter Konzentration von A-Beta-38 vor allem bei vaskulärer Demenz vor. **koc**



Bild: Photo CD

Symposium „Chancen nutzen bei Alzheimer-Demenz“, 81. DGN-Kongress Hamburg, 11. September 2008
Veranstalter: Eisai GmbH und Pfizer Pharma GmbH

50 Jahre Innovationen in der Psychiatrie

➔ Vor 50 Jahren hat Dr. Paul Janssen, der Firmengründer von Janssen-Cilag, mit Haloperidol eines der ersten Antipsychotika entwickelt. Die Entwicklung der Antipsychotika hat zwar die Behandlung der Patienten mit schizophrenen Erkrankungen revolutioniert, aber noch längst nicht alle Fragen gelöst, sagte Dr. Werner Kissling, München, auf der Geburtstagsfeier. Der Großteil der Patienten nimmt seine Medikamente nicht regelmäßig ein. Daran hat auch die Verfügbarkeit besser verträglicherer Antipsychotika wie des Atypikums Risperidon wenig geändert. Ein weiterer Meilenstein in der Geschichte von Janssen-Cilag, die Entwicklung des ersten atypischen Antipsychotikums in Depotform (Risperdal® CONSTA®), bietet möglicherweise eine Lösung des Dilemmas. Einer-

seits machen Depotneuroleptika die Therapieadhärenz transparenter, sodass der Noncompliance schnell entgegnet werden kann. Andererseits ist der Patient aufgrund des stabilen Plasmaspiegels nachhaltig geschützt. Im Vergleich zu konventionellen Substanzen konnte die Wirkung auf Negativsymptomatik und kognitive Defizite verbessert werden. Sicherer Rückfallschutz, Lebensqualität und Zunahme der sozialen Fähigkeiten sind heute miteinander vereinbar.

Zurzeit arbeitet Janssen-Cilag daran, die Wirksamkeit und Verträglichkeit der Medikamente weiter zu verbessern, auch mit kausal wirksamen Substanzen. Andere Ansätze sind die Entwicklung von genetischen Tests, mit denen beispielsweise eine Res-
 ponse auf bestimmte Antipsychotika oder

die Wahrscheinlichkeit für bestimmte Nebenwirkungen vorhergesagt werden können. So spielen 5HT_{2C}-Rezeptorpolymorphismen offenbar eine Rolle bei der Entwicklung von Diabetes und Adipositas. Ab wann Gentests für eine individuelle Therapie bei schizophrenen erkrankten Patienten eingesetzt werden, ist jedoch noch unsicher. Bisher haben die Patienten nur eine schlechte Lobby. **kw**

Pressekonferenz „50 years of innovation – driving change in mental health through science and community“
Beerse (Belgien), 2.10. 2008
Veranstalter: Janssen-Cilag, Neuss

REM-Schlaf: Voraussetzung für die Gedächtniskonsolidierung

➔ Schlaf dient nicht nur der Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Neurowissenschaftliche Befunde sprechen dafür, dass die Verfestigung von Gedächtnisinhalten eine der wichtigsten Funktionen des Schlafes ist, so Prof. Göran Hajak, Regensburg. Die zyklische Abfolge von Non-REM- und REM-Schlafphasen habe sich dabei als eine notwendige Voraussetzung für die Gedächtnisbildung erwiesen.

In Experimenten mit Ratten haben Schlaf Forscher die neuronale Aktivität von Neuronen im Hippocampus registriert, während die Tiere in einem Labyrinth nach einer bestimmten Futterstelle suchten. Interessanterweise zeigten sich bei diesen Tieren in der Nacht während des REM-Schlafes sehr ähnliche neuronale Entladungsmuster – so als wiederholten die Ratten im Schlaf die Tagesaktivitäten. Nach den Worten von Hajak deutet dieser Befund darauf hin, dass während der nächtlichen Aktivität der Nervenzellen das tagsüber Erlernte im Neocortex abgespeichert wird. Nach einer experimentellen Unterdrückung des REM-Schlafes gelingt es den Ratten dagegen am nächsten Tag nicht mehr, ihren Weg durch das Labyrinth zum Futterplatz wiederzufinden. Laut Hajak ist wahrscheinlich auch die Gedächtniskon-

solidierung beim Menschen auf einen regelhaften REM-Schlaf angewiesen.

Da der Schlaf Gedächtnisinhalte verfestigt, führen Schlafstörungen zu entsprechenden Einschränkungen der Gedächtnisbildung. Aber auch Hypnotika, die wie Benzodiazepine einen ungünstigen Einfluss auf die natürliche Abfolge der Schlafzyklen haben und den REM-Schlaf unterdrücken, können die kognitive Leistungsfähigkeit beeinträchtigen, gab der Schlafmediziner zu bedenken. Dieser Aspekt sei vor allem im Hinblick auf die Pharmakotherapie von Insomnien im Alter wichtig. Ältere Patienten könnten daher besonders von Präparaten profitieren, die wie retardiertes Melatonin (Circadin®) die Schlafarchitektur und die physiologische Abfolge von Non-REM- und REM-Schlafphasen nicht beeinträchtigen.

aam

7. Lundbeck-Dialog ZNS

Berlin, 7. August 2008

Veranstalter: Lundbeck, Hamburg



Bild: Brandtmakre_Pixelio