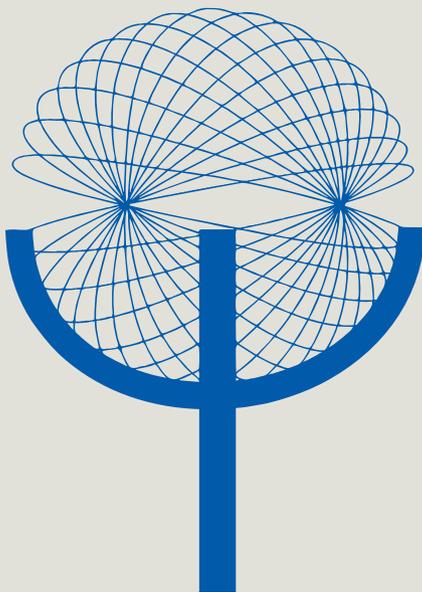


2 November 2009 _ 20. Jahrgang

NEUROTRANSMITTER

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

BVDP-Sonderheft
zum Kongress der
DGPPN 2009



10 Jahre BVDP
Frischer Wind in der
Psychiatrie

+++ Jubiläumsausgabe +++ Jubiläumsausgabe +++ Jubiläumsausgabe +++



»Die regelhafte, basale psychiatrische Therapie scheint irgendwie nirgends vorzukommen, obwohl sie das entscheidende therapeutische Instrument in der Behandlung psychischer Strömungen ist.«

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

Der kollektive Neglect, oder: Was ist psychiatrische Therapie?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ein Blick in die S3-Leitlinie Schizophrenie oder in die Nationale Versorgungsleitlinie Depression zeigt in den Abschnitten zur Therapie sowohl Kapitel zu Psychopharmakotherapie, Elektrokrampftherapie, repetitiver Magnetstimulation und Schlafentzug als auch zu Psychotherapie, Psychoedukation, Soziotherapie, Trainingsverfahren, IPT, CBASP etc. Ähnlich ergeht es einem bei der Durchsicht der gängigen Lehrbücher zur Psychiatrie und Psychotherapie. Der Begriff der psychiatrischen Therapie findet sich nicht oder allenfalls indirekt im allgemeinen Teil über die allgemeinen Behandlungsziele wieder. Dazu zählen beispielsweise: Etablierung einer therapeutischen Beziehung, Aufklärung über Krankheits- und Behandlungskonzepte, Beseitigung oder Verminderung der Krankheitserscheinungen, Verhinderung und Behandlung von Selbst- und Fremdgefährdung, Förderung von Partizipation, Krankheitseinsicht und Compliance, verstärkte Einbeziehung der Angehörigen und Bezugspersonen in Aufklärung und vieles mehr.

Diese Aufgaben, wie sie in jeder Psychiater- und Nervenarztpraxis tagtäglich erbracht werden, stellen das spezifische Rückgrat der psychiatrischen Therapie dar. Aber hört man davon in der Öffentlichkeit? In der Fach- und Laienpresse ist in der Regel von Richtlinienpsychotherapie die Rede, nicht von psychiatrischer Basistherapie. Die regelhafte, basale psychiatrische Therapie scheint irgendwie nirgends vorzukommen, obwohl sie das entscheidende therapeutische Instrument in der Behandlung psychischer Störungen ist. Dass es psychische Krankheiten gibt, die nicht durch eigene Anstrengung allein überwunden werden können, wird allzu gern von Laien, aber auch von Ärzten verleugnet. Zu groß ist noch das Stigma des „Verrückten“ und die Angst, sich einen Kontrollverlust innerhalb des eigenen Ichs einzugestehen. Richtlinienpsychotherapie gilt

da noch als schicker, sie ist in der öffentlichen Wahrnehmung schon eher als eine Art Dienstleistung verankert, die man sich mal „gönnt“, wenn einem Übles widerfahren ist. Das vorliegende Sonderheft zum DGPPN-Kongress 2009 beschäftigt sich unter anderem mit diesem Neglect. Aber es gibt auch Grund zum Feiern: Seit zehn Jahren gestaltet der BVDP die Rahmenbedingungen der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Deutschland mit. Herzlichen Glückwunsch, BVDP! Ich möchte hier die Worte des regierenden Bürgermeisters Klaus Wowereit zitieren, die dieser für seine Stadt Berlin gefunden hat: „Du bist zwar arm, aber sexy!“ „Arm“ wird der BVDP wahrscheinlich insofern weiterhin sein, da er nach mehrfachem Vorstandsbeschluss keine Fördergelder der Industrie annimmt. Deshalb brauchen wir mehr Mitglieder und noch mehr Doppelmitglieder mit dem BVDN! „Sexy“ wollen wir auch weiterhin sein und verstehen darunter lebendiges, selbstbewusstes, auf Wachstum und Innovation ausgerichtetes berufspolitisches Agieren für eine medizinisch hochstehende und menschliche psychiatrische Versorgung.

Herzliche Grüße,

Ihre



Inhalt

Sonderheft 2/2009

10 Jahre BVDP: Es ist viel passiert

Der Berufsverband Deutscher Psychiater, BVDP, feiert zehnjähriges Jubiläum. Zehn Jahre sind wie im Flug vergangen. Fast jährlich gab es eine Gesundheitsreform. Zwei große Honorarreformen fanden statt. Nur durch beharrliche berufspolitische Gremienarbeit und gesundheitspolitische Strategiebildung gelang es, die Arbeitsrealität von uns Psychiatern und Psychotherapeuten im EBM und in der öffentlichen Wahrnehmung zu verankern.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. rer. nat. Claudia Mäck
Telefon: 089 4372-1403, Fax: 089 4372-1400
E-Mail: claudia.maeck@springer.com
Sebastian Lux
Telefon: 089 4372-1444
E-Mail: sebastian.lux@springer.com

Schriftleitung dieser Sonderausgabe:

Dr. Christa Roth-Sackenheim
Telefon: 0160-97796487
E-Mail: bvd@Dr-Roth-Sackenheim.de

Titelbild: Fotolia.com/Laurent Jager

NEUROTRANSMITTER Sonderheft _ 2.2009

- 3 Vorwort von Dr. Christa Sackenheim**
Der kollektive Neglect, oder: Was ist psychiatrische Therapie?
- 6 Entwicklung der Psychotherapie im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie**
Erfolgreiche Einbindung
- 14 Medikamentöse Entwicklungen der letzten zehn Jahre**
Differenzierter Blick auf die Psychopharmakotherapie
- 21 Entwicklung in der stationären Versorgung**
Kliniktüren öffnet euch
- 28 Entwicklung in der ambulanten Versorgung**
Unterfinanziert, unterversorgt, ungerecht
- 36 Arztlentwicklung in der Psychiatrie/ Psychotherapie**
Mehr, jünger, weiblicher
- 42 10 Jahre BVDP**
Einmischen, reformieren, Stellung beziehen
- 44 ZNS – Netze und Berufsverbände**
Gemeinsam in ein Boot
- 46 Charakteristik der psychiatrischen Therapie**
Offensiv für eine gute Basisversorgung
- 51 Pharmaforum**
- 55 Impressum**
- 58 BVDN/BDN/BVDP**
Struktur und Adressen

Wichtiger Hinweis!

Diese Ausgabe enthält den Kongress Report Aktuell „Rivastigmin-Pflaster: Therapieeffizienz erhöhen und Angehörige entlasten“ (S. 56 f.).

Wir bitten um Beachtung!

Anzeige

Entwicklung der Psychotherapie im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie

Erfolgreiche Einbindung

Die Psychotherapie ist aus der Psychiatrie nicht mehr wegzudenken. Sie ist nicht nur in der Mitte des Faches angekommen, sie hat sich unter anderem mithilfe der Evaluationsforschung auch weiter differenziert. Dabei steht zunehmend das Konzept einer störungs- statt schulenorientierten Psychotherapie im Vordergrund.

WINFRIED LOTZ-RAMBALDI UND FRITZ HOHAGEN

Die Integration von Psychotherapie in die Psychiatrie war in Deutschland in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg nicht immer selbstverständlich. Im Zuge des Wiederaufbaus und der Neuorganisation der Gesundheitsversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen stand in den 1960er- und 1970er-Jahren im Rahmen der „Psychiatrie-Enquête“ zunächst die Schaffung menschenwürdiger, patientenorientierter Behandlungsbedingungen im Vordergrund. In dieser Zeit dominierten sozialpsychiatrische Konzepte. Weiterhin gewann in dieser Zeit die biologische Psychiatrie durch die rasche Entwicklung im Bereich der Psychopharmaka eine immer größere Bedeutung. In den 1980er- und 1990er-Jahren wurde die Psychotherapie jedoch zunehmend in die Psychiatrie integriert.

Neurobiologie und Psychotherapie

Zum einen zeigte die Evaluationsforschung [Grawe et al., 1994], dass Psychotherapie ein hochwirksames Verfahren ist, das in vielen Indikationsbereichen der Pharmakotherapie gleichwertig oder sogar überlegen ist. Zum anderen ließ sich die Auffassung, dass „endogene“ Erkrankungen mit Pharmakotherapie und „neurotische“ oder „reaktive“ Störungen mit Psychotherapie zu behandeln seien, nicht halten. So ist es seit langem unstrittig, dass diese Dichotomie die Gefahr einer unangebrachten therapeutischen Begrenzung mit sich bringt, denn einerseits sprechen neurotische Erkrankungen wie Angst- und Zwangsstörungen gut auf Pharmakotherapie an, während andererseits auch en-

dogene Erkrankungen wie leichte bis mittelschwere Depressionen und bestimmte Problembereiche bei schizophrenen Psychosen erfolgreich mit Psychotherapie behandelt werden können.

Ebenso unstrittig ist heute, dass es eine reziproke Interaktion zwischen Neurobiologie und Psychotherapie gibt. Psychotherapeutische Behandlung hat nachweisbare neurobiologische Effekte auf das zentrale Nervensystem. Dass Psychotherapie Regelschleifen im Gehirn modifiziert, lässt sich am Beispiel der multimodalen kognitiven verhaltenstherapeutischen Behandlung von Zwangsstörungen zeigen. Responder auf eine kognitive Verhaltenstherapie zeigen im Vergleich zu den Non-Respondern eine Verminderung in der Aktivität der vor Therapie überaktiven fronto-striato-thalamischen Regelschleife [Baxter et al., 1992; Schwartz, 1998; Kordon et al., 2007]. Weiterhin stellen bei der Depression neurobiologische Faktoren wie Schlaf-EEG-Abweichungen und neuroendokrine Parameter stärkere Prädiktoren für den psychotherapeutischen Behandlungseffekt dar als der Schweregrad selbst [Thase et al., 1998]. Auch bei Phobien (z. B. Soziale Phobie, Spinnenphobie) lassen sich Therapieeffekte von kognitiver Psychotherapie mittels bildgebender Verfahren nachweisen [Paquette et al., 2003; Straube et al., 2006]. Nemeroff et al. [2003] konnten zeigen, dass Traumatisierungen in frühen Entwicklungsstadien die neurobiologische Vulnerabilität für Stressereignisse erhöhen und dass Kriegsveteranen, die in ihrer Kindheit Missbrauchserlebnissen ausgesetzt waren, ein höheres Risiko für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung

aufwiesen als Veteranen ohne vergleichbare Kindheitserfahrungen. In einer Studie an Patienten mit chronischer Depression [Keller et al., 2000] sprachen traumatisierte Patienten signifikant besser hinsichtlich der depressiven Symptomatik auf Psychotherapie an als auf ein Antidepressivum allein. Bei den nicht missbrauchten Patienten ergab sich dagegen kein Wirksamkeitsunterschied zwischen Psycho- und Pharmakotherapie. In der selben Studie erwies sich das „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy“ (CBASP) als gleich wirksam wie die Pharmakotherapie mit Nefazodon.

Kombination ist Standard

Während sich die Pharmako- und Psychotherapie früher noch recht unversöhnlich gegenüberstanden, gilt heute bei vielen Indikationen die Kombination aus psycho- und pharmakotherapeutischer Behandlung der alleinigen Behandlung mit Psychopharmaka beziehungsweise Psychotherapie als überlegen. Die Kombinationsbehandlung ist somit heute Standard in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. In der Studie von Keller et al. [2000] erwies sich die Kombination von CBASP und Pharmakotherapie als signifikant wirksamer als das jeweilige Behandlungsverfahren allein. Die Überlegenheit einer Kombinationstherapie im Vergleich zu reiner Pharmako- beziehungsweise Psychotherapie ist auch für den Langzeitverlauf bei älteren depressiven Patienten empirisch gut belegt [Reynolds et al., 1999], und auch bei schweren Depressionen dürfte sie nach einem systematischen Review wirksamer sein als eine Monotherapie [Geddes und



Foto: Stockxpert.com/racmus

Butler, 2002]. Der Einsatz von Psychotherapie geht außerdem im Gegensatz zu einer ausschließlich pharmakotherapeutischen Behandlung häufig mit einer verbesserten Compliance des Patienten einher. Eine begleitende oder vorbereitende Psychotherapie (z. B. CBT) oder Psychoedukation kann zudem medikamentöse Non-Adherence bei Schizophrenie oder bipolaren Störungen verringern helfen [Rabovsky und Stoppe, 2006].

Und schließlich wandelte sich das Diagnosespektrum, das von Psychiatern behandelt wird. Sowohl in der niedergelassenen Praxis als auch in den psychiatrischen Kliniken werden etwa zur Hälfte Patienten mit Erkrankungen versorgt, die vorrangig psychotherapeutisch zu behandeln sind und mit einer rein pharmakotherapeutischen Therapie nicht angemessen versorgt werden könnten. Dies gilt für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ebenso wie für Patienten mit Angststörungen, depressiven Störungen und Zwangsstörungen.

Meilenstein in der psychiatrischen Versorgung

All diese Gründe führten dazu, dass in der modernen Psychiatrie, die in ihrem mehrdimensionalen Konzept psychischer Erkrankungen die neurobiologische, sozialpsychiatrische und psychotherapeutische Ebene integriert, die Psychotherapie nicht mehr aus dem psychiatrischen Behandlungsspektrum wegzudenken ist. Bereits Anfang der 1990er-Jahre verfügten die meisten Psychiater in Deutschland im ambulanten und im stationären Bereich über eine Zusatzqualifikation in Psychotherapie – entweder in Form eines Zusatztitels oder einer zusätzlichen psychoanalytischen Ausbildung [Wolpert, 1993]. Mit der im Jahr 1992 auf dem 95. Deutschen Ärztetag in Köln verabschiedeten Novellierung der Weiterbildungsordnung für Ärzte und den damals neu geschaffenen Gebietsbezeichnungen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie beziehungsweise Facharzt für Psychotherapeutische Medizin (heute Psycho-

somatische Medizin und Psychotherapie) wurde dann, auch über die darin curricular festgeschriebenen Anforderungen an eine psychotherapeutische Qualifikation, die Psychotherapie sowohl fest in der Medizin als auch untrennbar mit der Psychiatrie verbunden. Dieser wichtige Meilenstein markierte das Ergebnis eines langen Prozesses und reflektierte die große Bedeutung der Psychotherapie als wirksames Therapieverfahren bei der Behandlung psychischer Erkrankungen. Eine von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) im Jahr 2000 getragene Befragung aller weiterbildungsberechtigten Klinikdirektoren bezüglich der praktischen Durchführung der Weiterbildung sechs Jahre nach deren Einführung ergab, dass die neue Weiterbildungsordnung sowohl die fachlich unabdingbare Integration von Psychotherapie in das Fach vollzogen, als auch die gesamte Weiterbildung besser strukturiert und differenziert hatte. Allerdings wurde schon damals die Forderung laut, die Struktur der Weiterbildungsordnung nicht länger durch Psychotherapieschulen dominieren zu lassen, sondern stärker auf die empirischen Belege störungsspezifischer Psychotherapieverfahren auszurichten [Berger und Hohagen, 2002].

Europäischer Standard

Die Integration der Psychotherapie in die Psychiatrie entsprach aber auch den Weiterbildungsempfehlungen der Europäischen Facharztgesellschaft (UEMS 1997). Vergleicht man die deutsche Weiterbildungsordnung zum Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit den europäischen Empfehlungen, so entspricht die deutsche theoretische und praktische Weiterbildung bis auf kleinere Abweichungen dem europäischen Standard. Insbesondere der Grundsatz, dass die Psychotherapie ein integraler Bestandteil der Facharztweiterbildung ist, wurde in den letzten zehn bis 15 Jahren, wie in den europäischen Empfehlungen vorgesehen, umfassend umgesetzt. Dies zeigte sich auch in den Ergebnissen der von der UEMS in Auftrag gegebenen und von der DGPPN durchgeführten europaweiten Weiter-

bildungsumfrage. Danach ist Psychotherapie europaweit in 86 % der befragten Weiterbildungszentren (n = 424) verbindlicher Bestandteil der Weiterbildung. Deutschland liegt hier gemeinsam mit Dänemark, den Niederlanden und Norwegen an der Spitze Europas. Auch der Stellenwert personenzentrierter psychotherapeutischer Selbsterfahrung ist in den deutschen Weiterbildungszentren im internationalen Vergleich mit einem Implementierungsgrad von 87 % und einer durchschnittlichen Stundenzahl von 144 sehr hoch. Bezüglich der Bezahlung der Weiterbildung ist die Situation für die Weiterbildungsteilnehmer in Deutschland jedoch vergleichsweise ungünstig, denn ein Großteil von ihnen muss die Kosten hierfür ganz oder teilweise selbst tragen [Lotz-Rambaldi et al., 2008].

Auch innerhalb des Zertifizierungsprogramms von Weiterbildungskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie der DGPPN nach den Kriterien der UEMS liegt ein wesentlicher Augenmerk auf den Belangen der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung, so zum Beispiel hinsichtlich des Inhalts und des Umfangs der Weiterbildungscurricula und der Sicherstellung von Anleitung und Supervision etc. [Lotz-Rambaldi und Hohagen, 2009].

Rege Nachfrage

Es gab in den letzten Jahren eine Reihe weiterer Bestrebungen sowohl der wissenschaftlichen Fachgesellschaft DGPPN als auch von Seiten der Berufsverbände BVDP und BVDN, die Psychotherapie innerhalb der Psychiatrie noch weiter zu stärken. Zu nennen sind hier neben regelmäßig stattfindenden Satelliten-Workshops der DGPPN vor allem die Veranstaltungen der Fort- und Weiterbildungsakademie der DGPPN, in welcher der Anteil an Workshops zu psychotherapeutischen Themen traditionell sehr hoch ist. Diese Weiterbildungsworkshops erfreuen sich ebenso wie die State of the Art-Symposien einer sehr hohen Akzeptanz bei den Teilnehmern und werden von diesen sehr gut bewertet. Aber auch die seit knapp drei Jahren bestehende Weiterbildungszeitschrift „Psychiatrie und Psychotherapie up2date“, die nicht nur der ständig notwendigen Weiterqua-

lifizierung der praktisch Tätigen, sondern auch der Profilbildung und Abgrenzung des eigenen Faches zu Nachbardisziplinen dient, ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen.

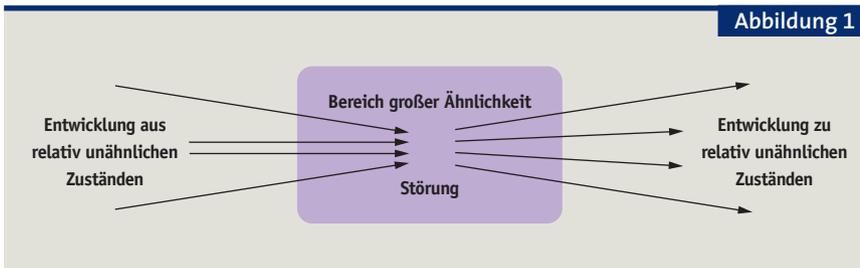
Forschungslücken

Bekanntermaßen sind als sogenannte Richtlinienverfahren bislang lediglich die Psychoanalyse, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Verhaltenstherapie als erstattungsfähige Psychotherapiemethoden in der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt. Daneben sind auch die Gesprächspsychotherapie und die Familientherapie vom wissenschaftlichen Beirat nach dem Psychotherapeutengesetz anerkannt, aber nicht erstattungsfähig. In der Psychotherapielandschaft insgesamt hat jedoch die Kritik an einer schulenorientierten Psychotherapie, die nur ihre eigene Grundorientierung bei der Behandlung psychischer Störungen anerkennt, in den letzten Jahren stark zugenommen. Graue et al. [1994] haben in ihrer umfassenden Analyse der Evaluationsforschung zur Psychotherapie deutlich gemacht, dass der Anspruch der Therapieschulen auf nahezu universelle Wirksamkeit nicht aufrecht erhalten werden kann. Ein Umstand, der vor allem der bislang unzureichenden Forschungslage zur differenziellen Indikation der einzelnen Verfahren geschuldet ist.

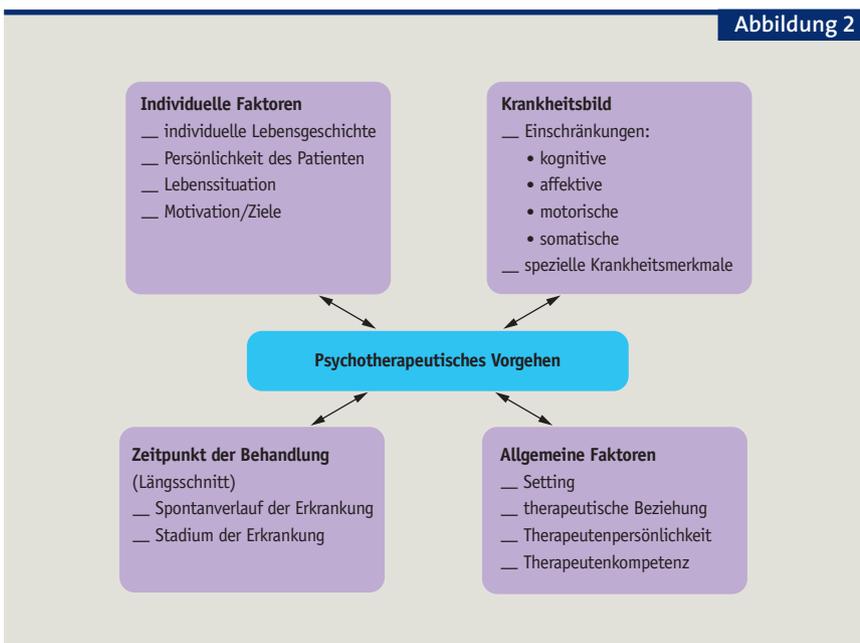
Für die Psychoanalyse kommt erschwerend hinzu, dass sie ihren Richtlinienstatus als Verfahren für die Gesamtheit psychischer und psychosomatischer Störungen trotz weitgehenden Fehlens von randomisierten kontrollierten Studien erhalten hat. Darüber hinaus muss festgestellt werden, dass die den Psychotherapierichtungen zugrundeliegenden Theorien häufig nicht oder nur zum Teil empirisch belegt sind. Aktuelle wissenschaftliche Forschungsergebnisse werden von Psychotherapeuten, die sich an einer Schulrichtung orientieren, bei ihrem Vorgehen häufig nicht berücksichtigt.

Hin zum störungsspezifischen Konzept

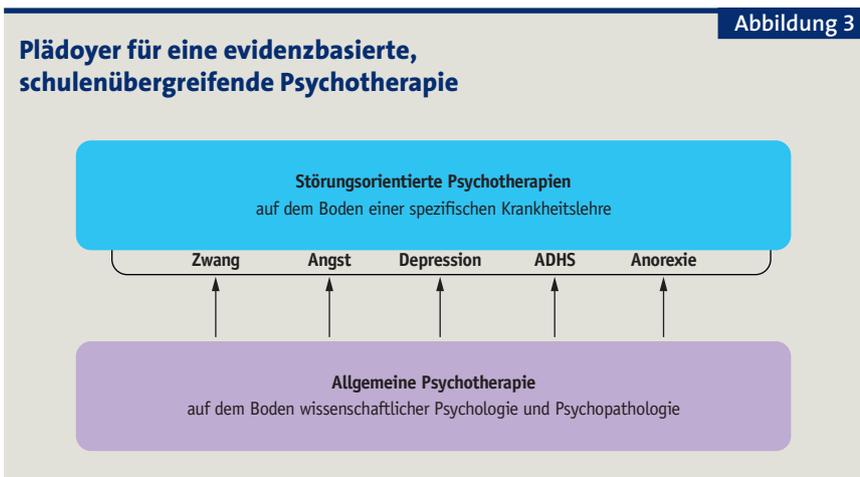
Dem Konzept einer schulenorientierten Psychotherapie wird daher zunehmend das Konzept der störungsspezifischen Psychotherapie gegenübergestellt, also



Angleichung individueller Eigenschaften durch das Störungsbild im Zeitverlauf (nach Caspar und Grawe, 1996)



Determinanten für die Strukturierung störungsspezifischer Psychotherapie (Hohagen et al. 2009)



Evidenzbasierte, schulübergreifende Psychotherapie

eine auf die Besonderheiten des konkreten Krankheitsbildes bezogene Ausdifferenzierung therapeutischen Vorgehens. In den letzten Jahren wurden schließlich auch weitere schulübergreifende Psychotherapiemethoden zur Behandlung spezieller psychischer Krankheiten entwickelt und erfolgreich evaluiert. Zu nennen sind hier beispielsweise die Schematherapie bei Borderline-Störungen [Young et al., 2003], die interpersonelle Psychotherapie zur Behandlung rezidivierender depressiver Störungen [Schramm, 1998], das „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy“ (CBASP) [McCullough, 2000] oder Weiterentwicklungen psychotherapeutischer Konzepte in der Behandlung von Essstörungen [Fairburn, 2008]. Diese neuen Therapieansätze sind sehr viel spezifischer als herkömmliche schulenorientierte Ansätze. Sie integrieren in unideologischer und pragmatischer Weise Elemente anderer Schulen, wenn sich diese für die Behandlung des speziellen Störungsbildes empirisch als wirksam erwiesen haben.

Dabei bedeutet eine störungsspezifische Perspektive nicht, die Erfordernisse und Bedürfnisse des einzelnen Patienten außer Acht zu lassen. Es wird allerdings davon ausgegangen, dass sich Personen mit zuvor ganz individuellen Charaktereigenschaften und Eigenheiten durch die Erkrankung im Verhalten, emotionalen Erleben und in kognitiven Abläufen zunehmend ähnlich werden. So zeigen zum Beispiel Patienten im Zustand der Depression große Ähnlichkeiten in Psychomotorik, Mimik und Affekt sowie hinsichtlich kognitiver Verzerrungen, somatischer und psychovegetativer Symptome etc. (Abb. 1).

Angepasstes Vorgehen

Eine störungsspezifische Psychotherapie dockt nicht nur an die individuellen Ansatzpunkte des Patienten an, sondern auch an die durch das Störungsbild bedingten Problembereiche. Klingt das akute Zustandsbild ab, löst sich auch der Bereich großer Ähnlichkeiten in der akuten Krankheitsphase auf und eine stärkere Individualisierung greift wieder Raum, die veränderte psychotherapeutische Strategien erfordert. Dieser Umstand hängt eng mit der Symptom-

schwere zusammen, das heißt je gravierender das Krankheitsbild ist, um so mehr „nivelliert“ es die Patienten und macht zumindest in der Akutbehandlung ein sehr störungsspezifisches Vorgehen sinnvoll [Hohagen et al., 2009].

Folgende Determinanten spielen für die Strukturierung des therapeutischen Prozesses innerhalb einer störungsspezifischen Therapie eine besondere Rolle (Abb. 2):

1. Individuelle Faktoren des Patienten, die entscheidenden Einfluss auf das Vorgehen haben (Lebensgeschichte, Alter, Fähigkeiten, Ressourcen, Persönlichkeit, aktuelle Lebenssituation, Lebens- und Therapieziele, Motivation zur Behandlung).
2. Allgemeine psychotherapieimmanente Faktoren, die für den Therapieprozess entscheidend sind (Wahl des Settings, Art der therapeutischen Beziehung, Kompetenz und Persönlichkeit des Therapeuten).
3. Gegenwärtiges Krankheitsbild, das Erfordernisse und Ablauf der Therapie mitbestimmt (spezielle kognitive, affektive, motorische und somatische Einschränkungen sowie Krankheitsmerkmale wie schwere Körperschemastörungen bei Anorexie oder Suizidalität bei affektiven Störungen, die spezielle Interventionen erfordern).
4. Zeitpunkt und Spontanverlauf im Längsschnitt sind zusätzlich für das psychotherapeutische Vorgehen entscheidend (z. B. episodischer Verlauf oder chronisches Krankheitsbild ohne Spontanremissionstendenz, gegenwärtiges Erkrankungsstadium).

Während Therapieschulen zum Beispiel diesen letzten Aspekt kaum systematisch berücksichtigt haben, ist die Strategie störungsspezifischer Verfahren meist bezüglich der Anforderungen der unterschiedlichen Krankheitsphasen strukturiert.

Bessere Effekte

Störungsspezifische Psychotherapien werden den krankheitsbedingten Erfordernissen gerecht, ohne die individuellen Erfordernisse des Patienten zu vernachlässigen. Hieraus ergeben sich reichhaltigere psychotherapeutische Möglichkeiten und Effektivitätssteige-

rungen zumindest bei schwerwiegenden Krankheitsbildern. Damit geht die Psychotherapie schon heute sehr viel spezifischer auf die Erfordernisse des jeweiligen Krankheitsbildes ein, als dies noch vor wenigen Jahrzehnten üblich war. Diese Entwicklung wird sich fortsetzen und zukünftige Psychotherapeuten werden daher beides können müssen: eine allgemeine Psychotherapie auf der Basis wissenschaftlicher Psychologie und Psychopathologie und eine störungsorientierte Psychotherapie auf der Basis einer spezifischen Krankheitslehre (Abb. 3).

Grenzen weichen auf

Wie bereits in der aktuellen Weiterbildungsordnung des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie umgesetzt, sollte deshalb auch die Aus- und Weiterbildung für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten so organisiert sein, dass neben allgemeinen Psychotherapieprinzipien detaillierte Kenntnisse und Fertigkeiten in der störungsspezifischen Therapie der wichtigsten Krankheitsbilder auf dem Boden der bestehenden empirisch gesicherten Forschungsergebnisse vermittelt werden. So kann eine evidenzbasierte und eine die Grenzen verschiedener Therapieschulen überwindende Psychotherapie entstehen, die den Bedürfnissen der Patienten mit ihren jeweiligen Krankheitsbildern und Komorbiditäten am besten gerecht wird.

Wir sehen derzeit, dass sich die bisher geltende Begrenzung der Erstattung auf die Verfahren der Richtlinienpsychotherapie aufzuweichen beginnt. Erst kürzlich wurden nach einer Absprache zwischen dem „Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie“ und dem „Gemeinsamen Bundesausschuss“ (GB-A) sogenannte „Psychotherapie-Methoden“ definiert (z. B. „Neuropsychologische Psychotherapie“). Diese sind therapeutische Verfahren mit einer technisch und theoretisch begrenzten Gültigkeit und einem eingeschränktem Indikationsspektrum. Allerdings führt eine Ausbildung in einer solchen Psychotherapiemethode nicht zur Approbation als psychologischer Psychotherapeut oder einer Facharztanerkennung. Vielmehr ist die vorhandene Approbation oder Weiterbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Richtlinienverfahren Voraussetzung zur

Anwendung dieser Methoden. Dennoch ist dies als weiterer wichtiger Schritt hin zu einer stärker störungsorientierten Psychotherapie zu begrüßen.

Therapie per Internet

Neben der zunehmenden Bedeutung störungsspezifischer Therapieansätze werden in der Zukunft auch andere Entwicklungen die Psychotherapie sowohl insgesamt als auch innerhalb der Psychiatrie verändern. Dazu gehören internetgestützte Therapieprogramme, die seit den 1990er-Jahren für verschiedene Störungsbilder entwickelt und evaluiert werden [Übersicht bei Bauer und Kordy, 2008]. Sie haben sich zumeist aus der kognitiven Verhaltenstherapie entwickelt, sind gut differenziert und evaluiert sowie prinzipiell in der Regelversorgung unter bestimmten Umständen einsetzbar, zum Beispiel bei Angststörungen, bei Depressionen leichten bis mittleren Grades und bei Abhängigkeitsstörungen [Barak et al., 2008; Spek et al., 2007]. Allerdings sieht das gültige Erstattungssystem keine Abrechnungsmöglichkeit außerhalb wissenschaftlicher Modellprojekte für solche Angebote vor. Dies hat sich in anderen europäischen Ländern wie beispielsweise in den Niederlanden bereits geändert, wo ein ausschließlich online durchgeführtes Programm zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen („Interapy“) von den Krankenkassen bezahlt wird [Lange et al., 2003].

Selbstverständlich gibt es auch Vorbehalte, gerade seitens herkömmlich im „face to face“-Kontakt arbeitenden Psychotherapeuten, die dann besonders stark ausgeprägt sind, wenn die therapeutische Beziehung als therapeutisches Agens im Mittelpunkt der Behandlungsmethode steht. Studien konnten jedoch zeigen, dass es auch in der internetbasierten Psychotherapie möglich ist, eine gute therapeutische Beziehung aufzubauen und dass deren Qualität auch den Behandlungserfolg beeinflusst [Berger und Andersson, 2009]. Trotz dieser Vorbehalte und noch offener Fragen, zum Beispiel nach der richtigen Indikationsstellung, stellt Psychotherapie via Internet zumindest potenziell ein kosteneffektives Vorgehen dar, um einer größeren Anzahl von Patienten als bisher eine wirksame psychotherapeutische Behandlung zukommen zu lassen.

Die relative Anonymität und Niederschwelligkeit dieses Settings kann sogar für einige Patientengruppen von Vorteil sein, die sich herkömmlichen Therapien zum Beispiel aus Scham oder aus Gründen der Erreichbarkeit eines Therapeuten einer konventionellen Therapie verweigern würden. Internetbasierte Psychotherapie kann deshalb durchaus neuen Patientengruppen den Zugang zur Psychotherapie erschließen. Für ausgewählte Patienten kann sie eine sinnvolle Überbrückungsbehandlung angesichts monatelanger Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sein [Hohagen, 2009].

Ökonomisierung gefährdet Prozess

Der Prozess der Integration der Psychotherapie in die Psychiatrie ist durch eine Reihe gesundheitspolitischer Entwicklungen wieder gefährdet. Die in den letzten Jahren zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitssystems hat vor allem im stationären Bereich dazu geführt, dass ihre Anwendung durch die zunehmende Personalausdünnung mehr und mehr beschnitten wurde. Die tatsächliche Personalausstattung von stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie unterschreitet die als Mindeststandard definierten Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) nach wie vor zum Teil erheblich: 25% der Einrichtungen (mit einem Anteil von 29% der Behandlungsplätze) haben einen Psych-PV-Erfüllungsgrad von unter 85% auf [Kunze und Schmidt-Michel, 2007]. Die dadurch erzwungene Arbeitsverdichtung gestattet nur unter größten Anstrengungen und steigenden Arbeitsbelastungen die Aufrechterhaltung einer fachgerechten und dem Schweregrad der Patienten angemessenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Weiterhin wurden Kostenübernahmen von Psychotherapie im stationären Rahmen von Krankenkassen teilweise mit der Begründung verweigert, dass dies doch Rehabilitation und keine Krankenbehandlung sei.

Viele Patienten unterversorgt

Im ambulanten Bereich steht nur einer Minderheit von weniger schwer gestörten Patienten ein angemessenes Behandlungsangebot zur Verfügung. Hier

versorgen circa 15.000 Richtlinienpsychotherapeuten etwa 500.000 Patienten pro Quartal (circa 15–20% aller Patienten). Andererseits stehen nur circa 5.000 Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zur Verfügung, um weitere ca. vier Millionen Patienten zu betreuen. Die circa 400 psychiatrischen Institutsambulanzen behandeln zusätzlich etwa 200.000 Patienten pro Quartal. Die Mehrheit der schwerer gestörten Patienten muss jedoch mit wenigen Arztkontakten pro Quartal auskommen. Eine angemessene psychotherapeutische Versorgung lässt sich mit einer Vergütung von circa 40 Euro pro Quartal auf diese Weise nicht realisieren. Die Sicherung der Psychotherapie in der Psychiatrie als Teil eines mehrdimensionalen Behandlungsplans erfordert aber selbstverständlich auch ausreichende finanzielle Ressourcen, die durch gesundheitspolitische Rahmenbedingungen zur Verfügung gestellt werden müssen. So forderte der 109. Deutsche Ärztetag in Marburg im Jahr 2006 zurecht die Bundesregierung auf, „nicht nur Kostendämpfung zu betreiben beziehungsweise Spargesetze zu erlassen“, sondern eine Medizin zu ermöglichen, „die wieder bewusst Heilkunst für Körper und Seele bringt“. Die gegenwärtigen Budgetierungen gewährleisten nicht ausreichend Zeit pro Patient. Im stationären Bereich führt dies zusammen mit einem Bettenabbau zu einer dramatischen Verkürzung der Verweildauern mit der Folge, dass die anschließend ambulant zu behandelnden Patienten im Durchschnitt kränker sind und mehr psychosoziale, medikamentöse und psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen. Die Forderung des Ärztetages, das Vergütungssystem für die Erbringung psychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Leistungen so zu regeln, dass eine angemessene Versorgung gewährleistet wird, ist nach wie vor aktuell. □

LITERATUR

bei den Verfasserinnen

Dipl.-Psych. Winfried Lotz-Rambaldi und Prof. Dr. med. Fritz Hohagen, Universitätsklinikum Schleswig Holstein, Campus Lübeck



Foto: Stockxpert.com/ariusz

Medikamentöse Entwicklungen der letzten zehn Jahre

Differenzierter Blick auf die Psychopharmakotherapie

Die Neuzulassungen der letzten zehn Jahre im Bereich der Antidepressiva und der Antipsychotika haben keine eindeutigen Verbesserungen in deren Wirkung erbracht. Sie haben aber die Produktpalette und damit die individuellen Therapiemöglichkeiten erweitert. Die zukünftige Medikamentenforschung muss sich noch stärker am Bedarf der Patienten orientieren. Dies wird nur gelingen, wenn sich die öffentliche Hand mehr als bisher an der Therapieforschung beteiligt.

KLAUS LIEB

In den letzten zehn Jahren sind 21 für die psychiatrische Behandlung relevante Medikamente neu auf den Markt gekommen (siehe Tabelle 1). Bei den Antidepressiva wurden seit 1999 fünf, bei den Antipsychotika sieben, bei den Antidementiva drei und bei den Medikamenten für Substanz-bezogene Abhängigkeiten ebenfalls drei Medikamente zugelassen. Darüber hinaus gab es drei weitere Zulassungen, die sich keiner dieser Substanzgruppen zuordnen lassen. Die zur Behandlung von Übergewicht im Jahr 2006 zugelassene Substanz Rimonabant (Acomplia®) wurde im Oktober 2008 wegen psychiatrischer Nebenwirkungen wieder vom Markt genommen. Auch Invega® wird ab November 2009 in Deutschland faktisch nicht mehr auf dem Markt sein. Denn es wurde vom gemeinsamen Bundesausschuss

(GB-A) zusammen mit Risperidon in eine Festbetragsgruppe eingeordnet, wodurch Invega® nur noch dann verordnet werden kann, wenn der Versicherte bereit ist, die Mehrkosten zu tragen. Alle anderen Medikamente sind unverändert auf dem Markt.

Der größte Vorteil der Neuzulassungen liegt darin, dass nun eine breitere Produktpalette vorliegt und es somit mehr Möglichkeiten gibt, auf die individuellen Besonderheiten des Patienten, beispielsweise im Hinblick auf das Nebenwirkungsspektrum der Substanzen, einzugehen. Die psychiatrische Pharmakotherapie ist damit vielfältiger geworden. Dennoch bleiben Fragen offen:

1. Sind die neuen Antidepressiva und Antipsychotika wirksamer als die schon auf dem Markt befindlichen?
2. Sind sie sicherer geworden?

3. Gab es echte Innovationen?
4. Hat sich die Versorgungssituation durch die neuen Medikamente verbessert?

Keine verbesserte Wirksamkeit

Betrachtet man die aktuellen Metaanalysen zur vergleichenden Wirksamkeit von Antidepressiva, zeigt sich, dass es keine Hinweise für eine verbesserte Wirksamkeit der neu zugelassenen Antidepressiva gegenüber den alten Substanzen gibt. Beim Blick auf die Wirkprinzipien der neu zugelassenen Antidepressiva wird deutlich, dass bis auf Bupropion und vielleicht Agomelatin, auf die später eingegangen wird, keine der Substanzen ein Wirkprinzip hat, das nicht auch schon in den älteren Antidepressiva verwirklicht worden wäre. Die Bindungsprofile der Substanzen an

Tabelle 1
Neuzulassungen von Psychopharmaka von 1999 bis 2009

	Handelsname	Zulassungsjahr (Deutschland)	Hersteller	Neuerungen und Vorteile; Probleme
Antidepressiva				
Agomelatin	Valdoxan®	2009	Servier	Melatonin-Agonist, 5-HT _{2C} -Antagonist, keine Absetzsymptome, keine sexuellen Funktionsstörungen (SFS); Leberenzym erhöhungen
Bupropion	Elontril® Wellbutrin XR®	2007	GlaxoSmith Kline	Antidepressivum mit dopaminerger und noradrenerger Wirkung; hemmt CYP2D6
Duloxetine	Cymbalta®	2004	Eli Lilly	dual wirksames Antidepressivum; SFS
Escitalopram	Ciprallex®	2003	Lundbeck	hoch selektiver SSRI; SFS, Absetzsymptome
Venlafaxin	Trevilor®	1999	Wyeth	dual wirksames Antidepressivum; SFS; Absetzsymptome
Antipsychotika				
Olanzapinpamoat	Zypadhera®	2009	Eli Lilly	Antipsychotikum mit größter klinischer Ähnlichkeit zu Clozapin; Gewichtszunahme; neue Depotform; Risiko eines Postinjektionssyndroms
Quetiapine	Seroquel Prolong®	2008	AstraZeneca	Antipsychotikum mit geringem EPS-Risiko, sedierend, Risiko von Gewichtszunahme
Paliperidon	Invega®	2007	Janssen-Cilag	eventuell verbesserte Verträglichkeit durch OROS®-Technik
Risperidon	Risperdal Consta®	2005	Janssen-Cilag	relevantes EPS-Risiko neue Depotformulierung
Aripiprazol	Abilify®	2004	Otsuka	Dopaminantagonist mit partiellem Dopaminagonismus, keine Gewichtszunahme
Ziprasidone	Zeldox®	2002	Pfizer	geringes EPS-Risiko; Risiko von QT-Zeit-Verlängerung
Amisulprid	Solian®	1999	Sanofi-Aventis	reiner D2-Antagonist mit vermindertem EPS-Risiko, keine hepatische Metabolisierung; Hyperprolaktinämie
Antidementiva				
Rivastigmin	Exelon® Pflaster	2007	Novartis	Acetylcholinesterasehemmer mit geringer Effektstärke, Pflaster als neue Applikationsart
Memantine	z.B. Axura®, Ebixa®	2002	Merz	NMDA-Rezeptor-Antagonist mit geringer Effektstärke, daher bezüglich seines Einsatzes umstritten
Galantamin	Reminyl®	2001	Janssen-Cilag	Acetylcholinesterasehemmer mit allosterisch nikotinerger Wirkung mit geringer Effektstärke
Medikamente zur Behandlung von Substanz-bezogenen Abhängigkeitserkrankungen				
Varenicline	Champix®	2007	Pfizer	erster synthetischer Nikotinagonist zur Raucherentwöhnung
Bupropion	Zyban®	2000	GlaxoSmithKline	Entwöhnungshilfe bei Nikotinabhängigkeit; Risiko von Krampfanfällen
Andere				
Melatonin	Circadin®	2008	Lundbeck	zur kurzfristigen Behandlung von Schlafstörungen bei über 55-Jährigen; geringe Wirkung
Atomoxetin	Strattera®	2005	Eli Lilly	Option zur Behandlung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen als Alternative zu Methylphenidat; Risiko des Auslösens von aggressivem Verhalten
Rimonabant	Acomplia®	2006–2008	Sanofi-Aventis	erster Cannabinoidrezeptor-Antagonist zur Behandlung von Übergewicht, Marktrücknahme im Oktober 2008 wegen der Gefahr psychiatrischer Störungen, insbesondere Depressionen

Transporter und Rezeptoren im Vergleich mit dem trizyklischen Antidepressivum Amitriptylin verdeutlichen dies (siehe Tabelle 2). Das duale Wirkprinzip des 1999 zugelassenen Venlafaxins und des 2004 zugelassenen Duloxetine ist damit keine Neuerung. Aus den Bindungsprofilen von Venlafaxin wird allerdings deutlich, dass sich das duale Wirkprinzip nur bei höheren Dosen (≥ 225 mg) entfalten kann, da die Wiederaufnahmehemmung von Noradrenalin schwächer ausgeprägt ist als die von Serotonin. Dies ist bedeutsam, da in vielen Vergleichsstudien Venlafaxin mit durchschnittlich 150 mg zu niedrig dosiert wurde und damit faktisch nur ein SSRI darstellt. Dass Amitriptylin in Metaanalysen, insbesondere bei der Behandlung schwerer Depressionen, besser abschneidet als andere Antidepressiva, dürfte daran liegen, dass es neben dem dualen Wirkprinzip auch noch den 5HT₂-Rezeptor blockiert und damit ein dreifaches Wirkprinzip vereint.

Sieht man von der Melatonin-agonistischen Wirkung ab, deren Beitrag zum antidepressiven Effekt umstritten ist, hat Agomelatin nur diesen Rezeptor-Antagonismus als Wirkprinzip und keine Wiederaufnahme-hemmende Wirkung. Ob sich Agomelatin auf dem Markt beweisen kann, wird sich noch zeigen.

Escitalopram hat ebenfalls keinen neuen Wirkmechanismus, da es nur die reine linksdrehende Form des Razemats Citalopram ist. Der Vorteil gegenüber Citalopram ist vernachlässigbar, auch wenn kürzlich in einer Metaanalyse eine

geringe Überlegenheit gegenüber Citalopram gezeigt wurde.

Fortschritt in kleinen Schritten

Bei den Antipsychotika ist die Situation ähnlich. Keines der neu zugelassenen Medikamente konnte eine verbesserte Wirksamkeit gegenüber anderen Antipsychotika zeigen. Weiterhin ist nur Clozapin eindeutig den anderen Antipsychotika in seiner Wirksamkeit überlegen. Mit Invega® und Seroquel Prolong® wurden zwei Substanzen zugelassen, die nur minimale Strukturabänderungen gegenüber den Vorläufersubstanzen Risperidon und Quetiapin aufweisen. Invega® ist das 9-OH-Risperidon oder Paliperidon, bei Seroquel Prolong® wurde nur die Galenik verändert, sodass es eine verlängerte Wirksamkeit hat. Eine bessere Wirksamkeit beider Substanzen gegenüber den Vorläufersubstanzen kann nicht bescheinigt werden, sodass sie häufig als Analogpräparate oder Scheininnovationen bezeichnet werden. Der Begriff „Schrittinnovationen“ hebt darauf ab, dass eventuell die Verträglichkeit verbessert beziehungsweise die Applikationsweise vereinfacht wurde und damit ein Schritt in Richtung Medikamentenweiterentwicklung gemacht wurde.

Günstigeres Sicherheitsprofil

Die neu zugelassenen Antidepressiva besitzen gegenüber den alten SSRI und den tri- und tetrazyklischen Antidepressiva ein verbessertes Sicherheitsprofil, insbesondere was die kardiale Sicherheit und die Sicherheit bei Überdosierung angeht. Gegenüber den SSRI ist bei

den dualen Wiederaufnahmehemmern Duloxetine und Venlafaxin jedoch eine insgesamt höhere Rate an unerwünschten Ereignissen und eine höhere Abbruchrate festzustellen. Für Agomelatin kann ein nochmals verbessertes Sicherheitsprofil angenommen werden, da es zu keiner Wiederaufnahmehemmung von Serotonin und Noradrenalin führt.

Die neu zugelassenen Antipsychotika zeigen zwar ein geringeres EPS-Risiko, bewirken allerdings insgesamt keine bessere Verträglichkeit als die bisherigen Antipsychotika einschließlich Clozapin. Jedes Antipsychotikum hat seine spezifischen und teilweise gravierenden Nebenwirkungen, deren Darstellung hier zu weit führen würde (Tabelle 1). Nach einer neueren epidemiologischen Studie aus Finnland war Clozapin das Antipsychotikum mit dem geringsten Sterberisiko.

Innovation und Schein

Wie bereits ausgeführt, gab es im Bereich der Antidepressiva und Antipsychotika in den letzten zehn Jahren leider keine echten Innovationen, wenn man Innovationen als Medikamente definiert, die ein neuartiges Wirkprofil haben und dadurch auch besser wirksam sind. Dennoch kamen Medikamente mit neuartigem Wirkprinzip auf den Markt, die uns die Möglichkeit geben, eine differenziertere Pharmakotherapie einzuleiten, die sich an diesen Wirkprinzipien ausrichtet. Ein Beispiel ist das Antidepressivum Bupropion, das in den USA schon viele Jahre unter dem Handelsnamen Wellbutrin® vertrieben worden war, und das GlaxoSmithKline 2007 als Elontril® auch in Deutschland zuließ. Bupropion hemmt die Noradrenalin- und Dopamin-Wiederaufnahme und kann daher ein wirksames Präparat zur Umstellung oder Augmentierung bei Therapieresistenz sein. Bei Monotherapie ist es allerdings nicht besser wirksam als herkömmliche Präparate, und es sollte auch nicht als Mittel der ersten Wahl eingesetzt werden.

Agomelatin verwirklicht mit seinem Melatonin-agonistischen Effekt auch ein neues Wirkprinzip. Allerdings ist umstritten, ob der Melatonin-Agonismus Entscheidendes zum antidepressiven Effekt beiträgt. Wenn der 5-HT₂-Rezeptor-

Tabelle 2

Das duale Wirkprinzip ist keine Neuerung. Bindungsprofile ausgewählter Antidepressiva in Ki [nM]. (Beachte: Je kleiner der Wert, umso stärker die Bindung)

Medikament	NA-T	5-HTT	α_2 -AR	5-HT ₂ -R
Amitriptylin (TCA)	14	84	1.000	18
Citalopram (SSRI)	> 1.000	1	> 1.000	> 1.000
Reboxetin (NARI)	8	1.000	> 1.000	> 1.000
Venlafaxin (SNRI)	210	39	> 1.000	> 1.000

NA-T = Noradrenalin-Transporter; 5-HTT = Serotonin-Transporter; α_2 -AR = alpha2-adrenerger Autorezeptor; 5-HT₂-R = Serotonin-Typ2-Rezeptor

Antagonismus den einzigen Wirkmechanismus darstellt, dürfte der antidepressive Effekt von Agomelatin eher gering sein. Denn: Der 5-HT₂-Antagonismus findet sich auch in anderen Antidepressiva, die nicht sehr erfolgreich waren, wie im Trazodon (Thombran®) und im vom Markt genommenen Nefazodon (Nefadar®).

Betrachtet man separat den Melatonin-agonistischen Effekt, ist interessant, dass das im letzten Jahr zugelassene Melatonin (Circadin®) nur einen geringen schlafanstößenden Effekt hat. Die Relevanz des Melatonin-agonistischen Effektes im Agomelatin dürfte damit weiter infrage gestellt sein.

Mit Atomoxetin (Strattera®) wurde eine die Noradrenalin-Wiederaufnahme hemmende Substanz zur Behandlung des ADHS zugelassen, die ursprünglich als Antidepressivum entwickelt worden war. In der Behandlung des ADHS ist der Wirkmechanismus zwar innovativ, weshalb Atomoxetin auch eine Behandlungsalternative darstellt, bezüglich der Wirksamkeit dürfte Atomoxetin den herkömmlichen Substanzen wie Methylphenidat aber deutlich unterlegen sein.

Bei den Antipsychotika hat Aripiprazol insofern ein neuartiges Wirkprinzip, als es einen D₂-antagonistischen mit einem D₂-agonistischen Effekt vereint. Ob sich das tatsächlich auf eine verbesserte Wirksamkeit bei Negativsymptomatik auswirkt, ist umstritten.

Keine echten Alternativen

Bei den Antidementiva wurden in den letzten zehn Jahren zwei Substanzen mit neuem Wirkprofil zugelassen, die aber im Vergleich zu älteren Substanzen aber nicht wirksamer. Zum einen der Acetylcholinesterase-Hemmer Galantamin, der neben der Hemmung der Acetylcholinesterase zusätzlich einen agonistischen Effekt am nikotinergen Acetylcholinrezeptor hat. Zum anderen der NMDA-Rezeptor-Antagonist Memantine, dem kürzlich vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) eine Wirksamkeit abgesprochen wurde. Die Entscheidung durch den GB-A zur Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenversicherungen steht noch aus.

Mit dem Exelon-Pflaster® wurde die Verträglichkeit der Substanz Rivas-

tigmin deutlich verbessert, eine bessere Wirksamkeit geht damit allerdings nicht einher.

Wie sieht es im Bereich der anderen Substanzgruppen aus? Die zur Raucherentwöhnung zugelassenen Substanzen Varenicline und Bupropion weisen zwar innovative Wirkprofile auf, sind aber wegen erheblicher Nebenwirkungen keine echte Alternative zu den herkömmlichen Methoden und machen eine enge fachärztliche Kontrolle bei der Einnahme erforderlich.

Mehr Auswahl für Patienten

In Anbetracht des nur sehr geringen Fortschrittes der letzten zehn Jahre in der Wirksamkeit von Psychopharmaka, könnte man sich auf den Standpunkt stellen, dass sich an der medikamentösen Versorgungssituation kaum etwas verändert hat. Wie gesagt kann sich eine Verbesserung der Versorgungssituation aber auch daraus ergeben, dass einerseits mehr Substanzen mit unterschiedlichen Wirkmechanismen zur Verfügung stehen, andererseits aber auch dadurch, dass Medikamente mit neuen galenischen Zubereitungen auf den Markt kommen, die entweder die Verträglichkeit verbessern oder die Einnahmefrequenz verändern. Bemerkenswert ist in dieser Hinsicht, dass in den letzten vier Jahren zwei Depot-Antipsychotika zugelassen wurden, nämlich Risperdal Consta® im Jahr 2005 und Zypadhera® im Jahr 2009. Damit stehen zwei Antipsychotika der zweiten Generation für die Langzeittherapie zur Verfügung. Bezüglich Zypadhera® muss die Häufigkeit und Relevanz von Postinjektionssyndromen durch Phase-IV-Beobachtungen noch genauer abgeklärt werden – dies ist zu Recht eine Forderung der europäischen Zulassungsbehörde EMA (in den USA wurde Zypadhera® nicht zugelassen). Das unkalkulierbare Risiko eines Postinjektionssyndroms könnte den praktischen Gebrauch der Substanz erheblich einschränken. Die Retardformulierungen im Seroquel Prolong® und im Invega® bringen demgegenüber nur einen geringen Vorteil für wenige Patienten, deren Compliance durch eine Einmaldosis verbessert werden soll beziehungsweise die unter Plasmaspiegel-

schwankungen oder Medikamenteninteraktionen leiden. Problematisch ist, dass kein Direktvergleich von Risperidon und Paliperidon durchgeführt wurde, der eine mögliche Überlegenheit von Paliperidon gegenüber Risperidon hätte zeigen können.

Das Placeborätsel und andere Fragen

Die letzten zehn Jahre der psychiatrischen Pharmakotherapie haben neben der oben dargestellten Frage des Innovationsfortschritts der Substanzen verschiedene weitere Themen beschäftigt, von denen ich nur einige exemplarisch aufgreifen möchte. Dazu gehört zum einen das Placeboproblem der Antidepressiva. In verschiedenen Metaanalysen der letzten zehn Jahre konnte immer wieder gezeigt werden, dass etwa 60–75% der Antidepressivawirkung auf einen Placeboeffekt zurückzuführen ist und dass die Placeboresponseraten in Studien über die Jahre hinweg immer mehr zugenommen haben. Für die klinische Praxis bedeutsam ist, dass die Stärke des Placeboeffektes vom Schweregrad einer Depression abhängig ist. Mit anderen Worten wird erst bei schwer ausgeprägten Depressionen der Unterschied zwischen Verum und Placebo deutlich. Bei leichten Depressionen empfiehlt daher beispielsweise das englische National Institute of Clinical Excellence (NICE) ein beobachtendes Abwarten. In Deutschland ist ein solches Vorgehen nicht leitliniengerecht. Bei schweren Depressionen ist eine Pharmakotherapie in jedem Fall zu empfehlen.

Ein weiteres Thema war die Frage, ob Suizidalität unter Antidepressivatherapie verstärkt werden kann. Die entsprechenden Medienberichte haben zu einer großen Verunsicherung der Bevölkerung beigetragen und die DGPPN zu einer Stellungnahme veranlasst. Inzwischen hat sich die Diskussion wieder beruhigt. Dass antriebssteigernde Antidepressiva durch initiale Verstärkung von Unruhe, Getriebensein und Angst Suizidalität verstärken können, ist ein lange bekanntes Problem und erfordert unverändert eine besondere Aufmerksamkeit der behandelnden Ärzte bei der Indikationsstellung für eine Antidepressivabehandlung und der Therapieüberwachung.

Auch die Frage der Sinnhaftigkeit der Einteilung von Antipsychotika in typische und atypische Substanzen hat die wissenschaftliche Diskussion beherrscht. Inzwischen setzt sich langsam die Erkenntnis durch, dass diese Dichotomisierung wissenschaftlich nicht haltbar ist und letztendlich eine Strategie zur besseren Vermarktung neuerer Antipsychotika war. Jedes Antipsychotikum entfaltet je nach Dosis typische oder atypische Eigenschaften. So wissen wir heute, dass 2–4 mg Haloperidol eine adäquate antipsychotische Dosis ist, während „atypische“ Antipsychotika wie beispielsweise Quetiapin sehr hoch dosiert werden müssen, damit sie wirken. Auch gibt es ernstzunehmende Hinweise, dass Spätdyskinesien, wartet man noch ein paar Jahre ab, auch bei den „atypischen“ Antipsychotika in verstärktem Maße auftreten werden. Man sollte daher nur noch von Antipsychotika der ersten und zweiten Generation sprechen.

Ein weiteres kontrovers diskutiertes Thema sind die hohen Preise für die „Innovationen“ im Bereich der Antidepressiva und Antipsychotika. Laut Arzneiverordnungsreport gehörten Risperdal® (vor Ablauf des Patentschutzes) und Zyprexa® sowie Trevilor® zu den Medikamenten mit den stärksten Umsätzen im gesamten Arzneimittelmarkt. Mit Risperdal® und Zyprexa® wurden zeitweise in Deutschland jeweils mehr als 200 Millionen Euro pro Jahr umgesetzt. Aus allem, was wir oben gesehen haben, sind diese hohen Medikamentenpreise nicht gerechtfertigt. Vergleicht man die hohen Quartalsausgaben für die medikamentöse Therapie eines schizophrenen Patienten mit der niedrigen Quartalspauschale der behandelnden Ärzte für die ärztliche Betreuung, wird die Dramatik dieser Situation noch deutlicher.

Empfehlungen für die Zukunft

Für die Zukunft stellt sich die Frage, wie es gelingen kann, dass wir einerseits wirksamere Medikamente bekommen und dass andererseits die Forschung am klinischen Bedarf ausgerichtet wird. Aktuell wird die Medikamentenforschung von der pharmazeutischen Industrie dominiert. Dies hat natürlich auch Vorteile, denn mit den gegenwärtigen niedrigen Ausgaben öffentlicher Geldgeber

für die klinische Forschung (zum Beispiel im Programm klinische Studien von DFG und BMBF, in dem pro Jahr etwa 30 Millionen Euro ausgegeben werden) könnte keine einzige Neuentwicklung bis zur Zulassung gebracht werden. Wir werden daher, sollte sich hier nichts Grundlegendes ändern, auf lange Sicht auf die Forschung der pharmazeutischen Unternehmen angewiesen sein. Dennoch besteht das ungelöste Problem, dass das nachvollziehbare primäre Motiv der Industrie auf Gewinnmaximierung mit den primären Interessen der Ärzteschaft, das Beste für den Patienten zu tun, häufig in Konflikt gerät. Dieses Spannungsfeld wird etwa dann deutlich, wenn Scheininnovationen an großen Patientengruppen gegen Placebo getestet werden (wo doch schon die Ausgangssubstanz zugelassen ist), wenn die dringend nötige weitere Forschung mit gut wirksamen Medikamenten wie zum Beispiel Lithium völlig vernachlässigt wird, weil es darauf keinen Patentschutz mehr gibt, oder wenn Forschung in den Bereichen vernachlässigt wird, wo der größte klinische Bedarf besteht. So benötigen wir beispielsweise weniger dringend ein weiteres Medikament zur Behandlung der Erstmanifestation einer Schizophrenie als vielmehr die Evaluation der Wirksamkeit von Verfahren, wenn Clozapin nicht mehr wirksam ist. Eine solche primär an den Patientenbedürfnissen orientierte Forschung kann nur gelingen, wenn einerseits mehr öffentliche Gelder in die Therapieforschung fließen, die Ärzteschaft im Ordnungsverhalten eine größere Unabhängigkeit von der Pharmaindustrie erreicht (vergleiche www.mezis.de) und andererseits die gesetzlichen Rahmenbedingungen so geändert oder genutzt werden, dass für die Industrie Anreize entstehen, nicht mehr Scheininnovationen zu entwickeln, sondern Studien dort durchzuführen, wo der größte klinische Bedarf besteht. An den Universitäten müssen parallel dazu die Strukturen gestärkt werden, die es erlauben, auf hohem Niveau Investigator-initiierte Studien durchzuführen. An der Universitätsmedizin Mainz haben wir in unserer Klinik in Kooperation mit dem „Interdisziplinären Zentrum Klinische Studien“ (IZKS) und den Kliniken für

Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie ein entsprechendes BMBF-gefördertes klinisches Studienzentrum eingerichtet. Dort werden sowohl klinische Forschungsaufträge mit innovativen Substanzen als auch eigene Studien durchgeführt. Dazu gehört zum Beispiel die BMBF-geförderte EMC-Studie zur medikamentösen Therapieoptimierung bei frühem „non-improvement“, wodurch wir die Therapie depressiver Patienten optimieren wollen (vergleiche <http://www.klinik.uni-mainz.de/psychiatrie>). □

LITERATUR

beim Verfasser

Prof. Dr. med. Klaus Lieb

Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsmedizin Mainz
Untere Zahlbacherstr. 8, 55131 Mainz

ERKLÄRUNG VON INTERESSENSKONFLIKTEN

Der Autor nimmt seit 2007 persönlich keine Gelder mehr von der pharmazeutischen Industrie an, trägt aber als Klinikdirektor Letztverantwortung für die Durchführung klinischer Arzneimittelstudien im BMBF-geförderten Studienzentrum der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz. Er ist Vorstandsmitglied im Ärzteverein MEZIS (Mein Essen zahl' ich selbst) e. V. und in der Psychotherapieforschung aktiv.

Entwicklung in der stationären Versorgung – Rückblick und Ausblick Kliniktüren öffnet euch

In den letzten zehn Jahren sind in der stationären psychiatrischen Versorgung wichtige Ziele erreicht worden. Heime für Langzeiterkrankte wurden aufgelöst und die Gefahr der Hospitalisierung sank. Patienten verbringen immer weniger Zeit in der Klinik und immer mehr Behandlungen erfolgen ambulant. „Ambulantisierung“ ist das neue Zauberwort: Doch diese hat auch unerwünschte Nebenwirkungen für Ärzte, Personal und Patienten. Daher ist die Umsetzung neuer Konzepte in der Versorgungsstruktur und in der Finanzierung dringend notwendig.

ULRICH NIEDERMEYER

Die Umsetzung der Empfehlungen der Psychiatrie-Enquête (1975) und der Expertenkommission (1998) sowie die Einführung der Psychiatrie-Personalverordnung (1991) bewirkten eine qualitative und quantitative Verbesserung der räumlichen und personellen Ausstattung der stationären psychiatrischen

Versorgung. Dies galt insbesondere für die neuen Bundesländer. Es kam in ganz Deutschland und verstärkt in den neuen Bundesländern zu einer deutlichen Bettenreduktion in den großen Fachkrankenhäusern, zur Gründung von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und im Sinne der Enthospi-

talisierung zu einer Auflösung von Heimen für Langzeiterkrankte. Zudem entstanden durch den Aufbau lokaler gemeindepsychiatrischer Verbände komplementäre Strukturen. Ziel war und ist es – auch aus ökonomischen Gründen – die ambulante Versorgung zu stärken und das Prinzip der offenen Türen umzusetzen. Drei weitere Forderungen galt es umzusetzen. 1. Eine wohnortnahe Versorgung, in der zwischen Wohnort und Klinik nicht mehr als 30 Minuten Anreizezeit liegen. 2. Eine psychiatrische Versorgung möglichst nahe der Lebenswelt des Patienten. 3. Die Begrenzung eines Versorgungssektors auf maximal 150.000 Einwohner in einem einstufigen Versorgungssystem (Aktion Psychisch Kranke, 1999). Einige dieser Ideen und Forderungen sind bereits realisiert worden, andere warten noch darauf.

10-Jahres-Rückblick

Zwei Institutionen konkurrieren um die Versorgung: 217 Fachkrankenhäuser mit 27.734 Betten und 217 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit 17.438 Betten. Sie teilen sich die 340.838 vollstationären Aufnahmen in etwa zur Hälfte [Destatis, 2007]. Hinzugerechnet werden können noch ungefähr 5.606 Betten in eigenständigen psychosomatischen Kliniken – 50% davon in Bayern und Baden-Württemberg konzentriert.

In den letzten zehn Jahren hat sich die Versorgungskapazität in der Bundesrepublik stabilisiert, auch wenn Unterschiede hinsichtlich der Versorgungsstruktur psychiatrische Abteilungen



Foto: Stockxpert.com/OG_vision

versus Fachkrankenhäuser sowie der Versorgungsdichte zwischen den Bundesländern mit Bettenmessziffern zwischen 0,64 und einem Bett je 1.000 Einwohner weiterhin vorhanden sind [Lehmann, 2009] (Abb. 1). Die psychiatrischen Abteilungen versorgen schwerpunktmäßig die großen Städte und Ballungsräume, während die Versorgungsstruktur in Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein stark durch Fachkrankenhäuser bestimmt wird.

Die Bundesländer Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen haben entschieden, keine eigenständigen psychosomatischen Abteilungen und Kliniken in der Akutversorgung psychisch kranker Menschen parallel zu den schon existierenden psychiatrischen Kliniken zu etablieren und den stationären Versorgungsauftrag ausschließlich den Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik zu übertragen. Dadurch konnte zumindest in diesen Bundesländern eine von Psychiatern immer wieder befürchtete Zwei-Klassen-Medizin im Sinne einer Stigmatisierung psychisch kranker Menschen (Psychosomatik versus Psychiatrie) und die Etablierung eines unökonomischen zweigleisigen stationären Versorgungssystems verhindert werden.

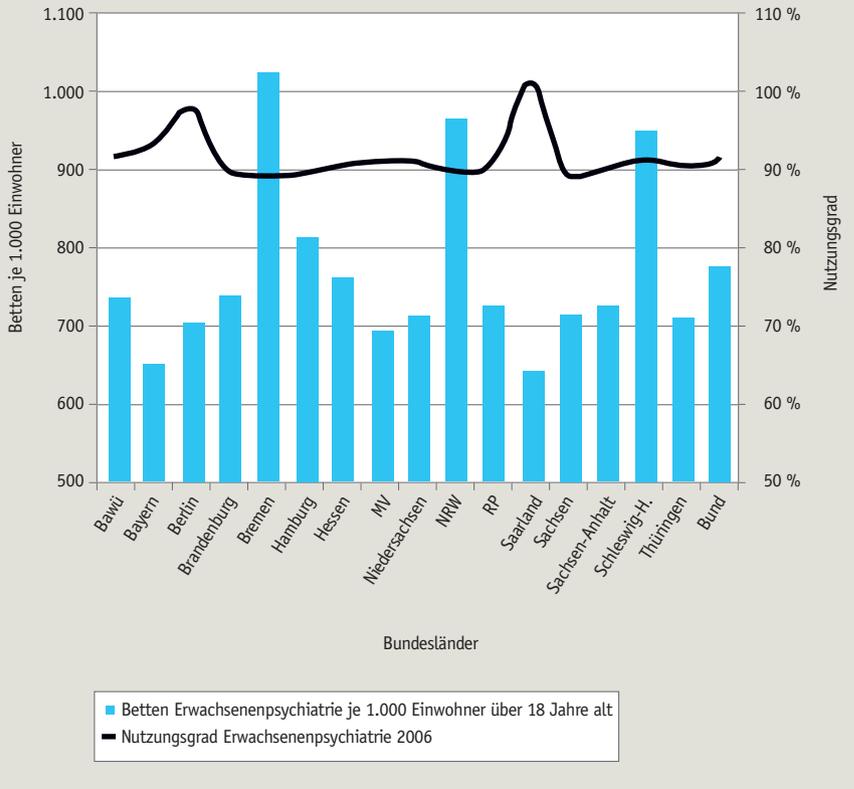
Bettenzahl sinkt

Die Bettenkapazität ist seit den 1980er-Jahren in den alten Bundesländern von ungefähr 160 Betten pro 100.000 Einwohner bis 1999 konsequent auf ungefähr 68 Betten pro 100.000 Einwohner in den neuen und alten Bundesländern reduziert worden. Jetzt liegt dieser Wert bei durchschnittlich circa 62 Betten pro 100.000 Einwohner. An der Bettenkapazität ist in den letzten zehn Jahren keine weitere einschneidende Veränderung mehr vorgenommen worden. Eine differenziertere Betrachtung zeigt aber doch erhebliche Unterschiede der stationären Bettenkapazitäten in den einzelnen Bundesländern (Abb. 1).

Bremen hat mit einem Bett je 1.000 Einwohner die höchste, das Saarland mit 0,64 Betten je 1.000 Einwohner die niedrigste Bettendichte. Die Unterschiede betragen hier über 35%. Trotz der im Vergleich zu anderen Bundesländern

Bettenvorhaltung je 1.000 Einwohner/Nutzungsgrad Erwachsenenpsychiatrie

Abbildung 1



guten Versorgung im ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich erstaunt bei den Stadtstaaten Hamburg und Bremen eine relativ hohe Bettenmessziffer. Eine Erklärung für diesen scheinbaren Gegensatz hoher ambulanter Versorgung und der hohen Bettenmessziffer sind unter anderem die Wanderungsbewegung von Patienten aus den umgebenden Bundesländern in die psychiatrischen Kliniken der angrenzenden Stadtstaaten.

Auch wenn psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen im großstädtischen Milieu stärker in Anspruch genommen werden, heißt dies nicht, dass Menschen im ländlichen Raum psychisch gesünder sind. So liegt beispielsweise das Verhältnis Einwohner zu Facharzt in Bremen bei 7.296 zu 1; in Brandenburg bei 26.404 zu 1, in Berlin mit 5.596 Einwohner pro ärztlicher Psychotherapeut und in Mecklenburg-Vorpommern mit 68.373 Einwohner pro ärztlicher Psychotherapeut. Versorgungsangebot und

Nachfrage werden vermutlich nicht der Realität gerecht. Möglicherweise gibt es in den städtischen Ballungsgebieten, gerade in Gegenden mit höherem Einkommen, eine Überversorgung besonders im niedergelassenen psychotherapeutischen Bereich. In den ländlichen Gebieten, insbesondere den neuen Bundesländern, liegt wahrscheinlich ein deutliche Unterversorgung vor.

Fallzahlen steigen

Im Gegensatz zur Bettenreduktion steht eine bis heute anhaltende Zunahme sowohl ambulanter als auch stationärer Fälle im Sinne einer ansteigenden Leistungserbringung. Die Fallzahlen sind von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. So weist Bremen eine besonders hohe Zahl stationärer Fälle pro 1.000 Einwohner, Schleswig Holstein eine besonders niedrige Zahl auf (Abb. 2). Eine mögliche Erklärung für die höhere Inanspruchnahme stationärer Leistungen im Sinne von Berechnungstagen

(BT) ist die Zunahme psychiatrischer Erkrankungen, wie sie in den Berichten verschiedener Krankenkassen dargelegt wird. Wahrscheinlich spielt aber auch die geringe Dichte der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung eine Rolle.

Am Beispiel des Bundeslandes Brandenburg wurden im Jahr 2006 alle stationären Behandlungsfälle erfasst, die sich auf folgende Diagnosegruppen aufteilten: Sucht (F10–F19, 35%), affektive Störungen (F30–F39, 22%), Psychosomatik/Angst/Neurosen (F40–F48, 16%), schizophrene Störungen (F20–F27, 12%), Demenzen (F00–F09, 9%). Hinsichtlich der tagesklinischen Behandlung ergibt sich folgende Verteilung aller Fälle aus dem Jahr 2006: affektive Störungen 51%, Psychosomatik/Angst/Neurosen 20%, schizophrene Störungen 14%, hirnorganische Psychosyndrome/Demenz 5%, Sucht 3%, Persönlichkeitsstörungen 3%.

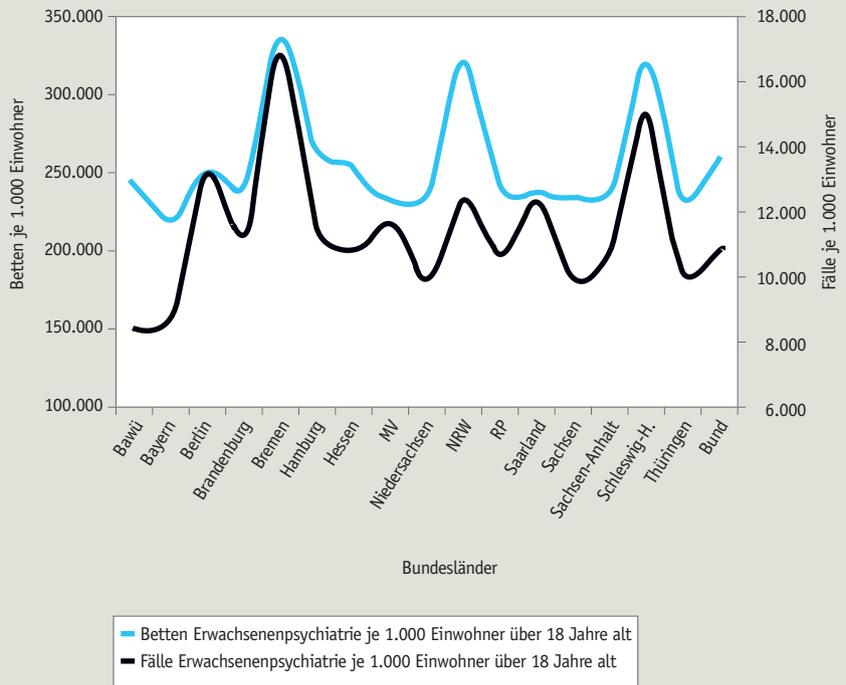
Im Vergleich der Teilgebiete der einzelnen Bundesländer (Abb. 3) fällt der hohe Anteil gerontopsychiatrischer Patienten und der niedrige Anteil stationärer Suchtpatienten im Saarland auf. Als Folge der demografischen Entwicklung ist eine weitere kontinuierliche Zunahme des Anteils von gerontopsychiatrischen Patienten zu erwarten.

Leistungsverdichtung belastet

Als Konsequenz des erreichten Bettenabbaus sowie der steigenden Fallzahlen ergibt sich automatisch eine Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer. Lag diese 1990 noch bei circa 70 Tagen, so erfuhr sie bis 1999 eine Verkürzung um 57% auf circa 30 Tage und bis 2007 um weitere 30% auf durchschnittlich circa 21 Tage. Ergebnis dieser Entwicklung ist eine enorme Leistungsverdichtung im stationären Bereich. In immer weniger Betten werden immer mehr Patienten in kürzerer Zeitdauer behandelt. Eine Kehrtwende dieser Entwicklung ist auch zukünftig nicht zu erwarten. Konkret bedeutet diese Leistungsverdichtung, dass pro Therapeut immer mehr Patienten in immer kürzerer Zeit mit einer umfangreichen Dokumentation behandelt werden müssen, was eine große psychische Belastung für alle Therapeuten darstellt. Kritik an der abneh-

Abbildung 2

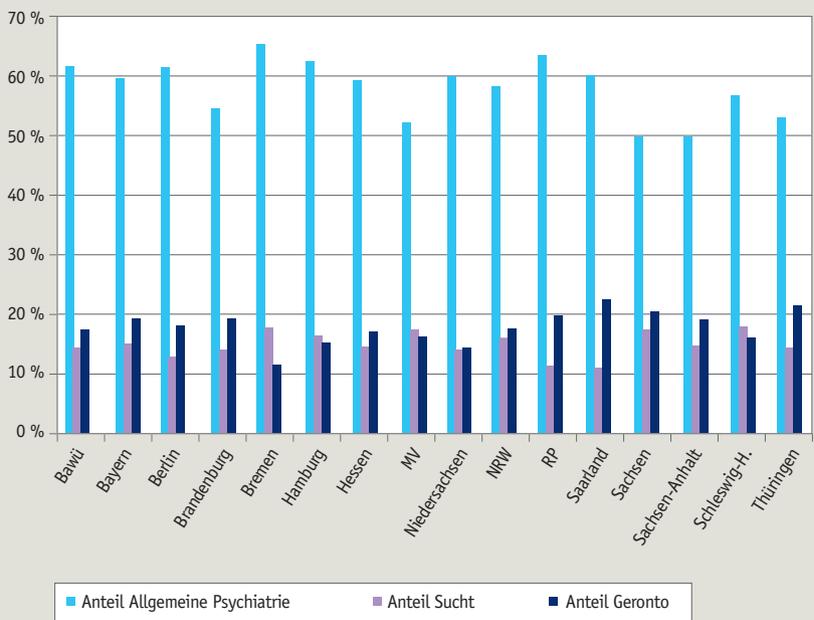
Leistungen in der Erwachsenenpsychiatrie



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2006

Abbildung 3

Verteilung der Teilgebiete



menden Verweildauer kommt sowohl von Allgemeinpsychiatern [Cording, 2005; Fähndrich, 2008] sowie auch von Seiten einiger Forensiker. Letztere befürchten eine erhöhte Gefahr der Forensifizierung beispielsweise schizophrener Patienten als Folge der zu frühen Entlassung [Zinkler, 2008]. Einhergehend mit einer Fallzahlerhöhung und Verkürzung der Verweildauer hat sich der Auslastungsgrad der Betten bei durchschnittlich 90 % stabilisiert.

Keine Grabenkriege mehr

Die therapeutischen Konzepte der psychiatrischen Kliniken sind äußerst vielfältig und bewegen sich zwischen zwei Polen. So folgen manche Kliniken dem Konzept der Strukturierung nach den spezifischen Störungen mit einer Depressionsstation, Suchtstation, Psychosestation, Station für gerontopsychiatrische Erkrankungen, Station für Persönlichkeitsstörungen etc. Andere setzen bewusst auf eine Durchmischung der Störungen und auch des Alters der Patienten. Verfechter des störungsspezifischen Konzeptes ziehen eine Analogie zur somatischen Medizin. Dort kann eine Spezialisierung, einschließlich der Einführung von Mindestmengen bei bestimmten Operationen, zu einer Verbesserung der Qualität führen. Viel Erfahrung in der Behandlung einer Erkrankung, so der Grundgedanke, sichert die Qualität der Therapie. Verfechter der bunten Durchmischung betonen die Abbildung der Lebensrealität auf der Station. Wissenschaftliche Untersuchungen dazu, welches Konzept die eindeutig besseren Behandlungsergebnisse für die Patienten erbringt, liegen meiner Kenntnis nach nicht vor. Neben der persönlichen Überzeugung des jeweiligen Chefarztes hat natürlich auch die Größe einer Klinik eine gewichtige Rolle. Abteilungen mit einer geringen Bettenzahl sind gezwungen, zu durchmischen, während Fachkliniken mit einer hohen Bettenzahl nahezu immer die Spezialisierung – mit zum Teil eigenständig geführten Bereichen – bevorzugen.

Ein anderes Konzept der Binnenstrukturierung einer Klinik ist die Zuordnung der Aufnahme von Patienten aus bestimmten Versorgungssektoren. Diese „innere Sektorisierung“ zielt auf

die Sicherstellung der Kontinuität der Arzt-Patientenbeziehung. Idealerweise wird ein Patient bei jedem notwendigen stationären Aufenthalt unabhängig von seiner Erkrankung auf der ihm bekannten Station von dem ihm bekannten Personal behandelt – vergleichbar einem treuen Hotelgast, dem bei jeder Hotelbuchung „sein“ ihm bekanntes Hotelzimmer immer wieder zugesprochen wird. Unbedingte Voraussetzung für das Funktionieren dieses Konzeptes ist unter anderem, dass sowohl Therapeuten als auch Pflegepersonal nicht auf andere Stationen rotieren.

Erfreulicherweise sind psychotherapeutische Angebote unabhängig von der jeweiligen psychotherapeutischen Ausrichtung mittlerweile fest im therapeutischen Angebot der Kliniken etabliert. Die früheren Grabenkriege zwischen Vertretern der tiefenpsychologisch-analytischen und verhaltenstherapeutischen Schulen sind glücklicherweise zu Gunsten der Anwendung schulenübergreifender Konzepte weitgehend beigelegt. Entscheidender ist die Beantwortung der Frage, von welcher Therapieform der Patient wahrscheinlich am meisten profitieren wird.

Unterschiedlich sind die Überzeugungen hinsichtlich der Notwendigkeit geschlossener Stationen. Einige sprechen sich mit Verweis auf notwendigerweise ausgeübten Zwang und Freiheitsbeschränkung strikt gegen geschlossene Stationen aus und schlagen Alternativen wie das Modell des „Potsdamer Tisches“ vor, welches ausreichendes Pflegepersonal voraussetzt, während andere Kollegen fakultativ geschlossene Stationen favorisieren und wieder andere einer primär geschlossenen Station den Vorzug geben.

Mehr Tageskliniken

Praktisch alle psychiatrischen Kliniken sind mittlerweile mit mindestens einer Tagesklinik entweder am Standort des Haupthauses oder als Satelliten-Tagesklinik, häufig in Kombination mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz, getrennt vom Haupthaus ausgestattet. Im Jahr 2007 wurden 9.099 tagesklinische Plätze gezählt. Seitdem sind erfreulicherweise entweder neue Tageskliniken zusätzlich zu den bestehenden Betten

oder unter Bettenreduktion im Verhältnis 1 zu 2 bis 1 zu 3 gegründet worden. Das Ziel des Gesetzgebers einer ausreichenden Versorgung mit Tageskliniken ist aber noch immer nicht erreicht. Die Tageskliniken mit einem traditionellen Versorgungsangebot für psychotisch erkrankte Menschen und Durchmischung hinsichtlich der Diagnosen überwiegen zwar immer noch, deutlich zeichnet sich aber in vielen Tageskliniken eine stärkere Differenzierung ab im Sinne des Angebotes eines störungsspezifischen Konzeptes – Tageskliniken für alte Menschen, für Suchtkranke, für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen etc. Neue Konzepte sind in Planung oder werden bereits angewendet. Dazu zählt beispielsweise die Etablierung generationenübergreifender Tageskliniken im dünn besiedelten ländlichen Raum. Besonders Kliniken, die unter einem hohen Aufnahmepressur von Patienten stehen, etablieren mehr und mehr Akut-Tageskliniken. In Großstädten und Ballungsräumen wird die Forderung nach der Einrichtung von Nacht-Kliniken erhoben.

Problem mit den PIA

Gemäß V § 118 Abs. 2 SGB V haben nach den Fachkrankenhäusern seit 2000 auch die psychiatrischen Abteilungen Anspruch auf eine „Psychiatrische Institutsambulanz“ (PIA). Sie ist zuständig für Patienten, die nach Art, Schwere oder Dauer der Behandlung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten krankenhaunaher Behandlungsangebote durch ein multiprofessionelles Team benötigen. Die frühere Definition des nicht wartezimmerfähigen Patienten, insbesondere mit Blick auf die an einer schizophrenen Störung erkrankten Menschen, wurde bewusst nicht wieder verwendet. Der Zugang zur PIA ist nicht an eine Überweisung gebunden. Zielsetzung der PIA ist die Vermeidung oder Verkürzung stationärer Aufenthalte und die möglichst schnelle Verbesserung der sozialen Integration des Kranken in sein bestehendes Lebensumfeld.

Die Leistungsvergütung ist in den Bundesländern nicht einheitlich geregelt und wird meist entweder als Quartalspauschale ungefähr in der Höhe eines stationären Tagessatzes abgerechnet.

Hamburg hat mit circa 400 Euro den höchsten Satz. Einigen PIA wurde hinsichtlich der Höhe der Vergütung eine Fallzahlbegrenzung auferlegt, anderen wieder nicht. Und der Umfang an abgerechneten Fällen ist extrem gespreizt mit einigen wenigen Fällen im unteren dreistelligen Bereich bis hin zu mehreren tausend Fällen im Quartal.

Die Finanzierung der PIA-Leistungen erfolgt nicht aus dem ambulanten, sondern aus einem eigenen Topf der kasenzärztlichen Gesamtversorgung. Hochgerechnet auf der Basis bekannter Fallzahlen werden 2009 ungefähr 700.000 Fälle abgerechnet werden. Auch Kritik wurde laut: So könne es durch die Fallpauschalen zu Fehlsteuerungseffekten im Sinne einer ambulanten Unterversorgung und stationären Überversorgung kommen. Grund für die Kritik sind die unterschiedlich hohen Fallpauschalen von Tageskliniken und vollstationären Behandlungen zur PIA-Pauschale im Verhältnis von 1 zu 30 bis 1 zu 90 [Kruckenberg, Kunze, 2008].

Kündigung des PIA-Vertrags

Eine weitere Tendenz in den größeren PIA mit hohen Fallzahlen ist die Bereitstellung spezialisierter Angebote wie Demenz- oder Schmerzsprechstunden oder, wie beispielsweise in Bremen, die Integration von Aufgaben des sozialpsychiatrischen Dienstes. In Regionen mit einem Mangel an niedergelassenen psychiatrischen Fachärzten ist die PIA mittlerweile fester Bestandteil der ambulanten allgemeinen psychiatrischen Versorgung und wird bei dem sich weiter verschärfenden Facharztmangel in Zukunft mit einem noch höheren Anteil an der ambulanten Versorgung beteiligt sein. Mit Hinweis auf die viel niedrigeren Fallpauschalen im niedergelassenen Bereich und dem an mancher Stelle geäußerten Vorwurf, dass zu viele Patienten, die das multiprofessionelle Team der PIA nicht benötigen, in einer PIA behandelt wurden, kündigte die KV des Bundes den PIA-Vertrag 2008. Die Neuverhandlungen sind bisher noch nicht abgeschlossen. Gemäß meiner Erfahrung wäre eine rechtzeitige Absprache der Kliniken mit den niedergelassenen Psychiatern zur Abwendung dieser erfolgten Konfrontation sowohl

für die Patientenversorgung als auch für die Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Psychiatrie hilfreich gewesen.

Zusammenfassend zeigt der Rückblick auf die letzten zehn Jahre der Entwicklung der stationären Psychiatrie in der Bundesrepublik eine Konsolidierung der Betten im stationären Bereich mit einigen wenigen Neugründungen gemeindenaher psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und dem Verzicht von Neugründungen großer Fachkliniken mit hoher Bettenzahl. Zunehmend wurde und wird aber aufgrund der starren Grenzen zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung Kritik an der bestehenden Struktur geäußert. Ein wichtiges Ziel ist es, die Fixierung auf die Institution „Klinik“ zu überwinden und immer stärker zu einer personenzentrierten Behandlung zu finden.

Hin zur vertikalen Behandlung

Die weitere Entwicklung der stationären Psychiatrie wird selbstverständlich auch durch den Ärztemangel mit beeinflusst, weil Kliniken besonders in den neuen Bundesländern und an nicht attraktiven Standorten teilweise erhebliche Probleme haben, freie Arztstellen zu besetzen. Die Stellenbesetzung mit Ärzten nichtdeutscher Muttersprache, wie in der somatischen Medizin oft praktiziert, ist in der sprechenden Medizin der Psychiatrie auch wegen der teils erheblichen Mentalitätsunterschiede schwieriger. Eine ErsatzEinstellung von Psychologen anstelle von Ärzten wird kompensatorisch vorgenommen, diese können aber die spezifischen ärztlichen Tätigkeiten nicht grundsätzlich ersetzen.

Salopp gesagt ist die weitere Entwicklung der stationären Psychiatrie fort von der horizontalen Behandlung (das Bett im Krankenhaus) hin zur vertikalen Behandlung im Sinne einer voranschreitenden Ambulantisierung im und durch das Krankenhaus absehbar und nicht aufzuhalten. Ein weiterer Zuwachs an psychiatrischen Betten ist trotz steigender Fallzahlen im stationären Bereich auch aus ökonomischen Gründen wahrscheinlich nicht zu erwarten. Spannend hinsichtlich der Umsetzung verschiedener Modelle der Finanzierung wird nach

Verzicht der Einführung von DRGs in die Psychiatrie die Weiterentwicklung des im § 17 d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) geforderten neuen Entgeltsystems werden. Sie sieht ein durchgängiges leistungsorientiertes und tagespauschalierendes Vergütungssystem im stationären und teilstationären Bereich vor – unter Einbeziehung der Leistungen der PIA nach § 118 SGB.

Verschiedene Arbeitsgruppen unter Federführung der „Aktion Psychisch Kranke“ sind in enger Zusammenarbeit mit der DGPPN, dem Spitzenverband der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie dem „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ (InEK) beauftragt, die Ausarbeitung der Grundstrukturen des neuen Vergütungssystems bis Ende 2009 zu realisieren. Das System soll dann 2013 budgetneutral umgesetzt werden. Ein wesentlicher Punkt im Hinblick auf die Qualitätssicherung wird die unabdingbare Erfüllung der Forderung der Kalkulation auf 100% PsychPV Basis sein. Entsprechende Stellungnahmen hinsichtlich der politischen Unterstützung der Erfüllung von 100% PsychPV liegen vom Staatssekretär Dr. Theo Schröder aus dem Bundesministerium für Gesundheit vor.

Neuer Ansatz: Regionalbudgets

Ein interessanter neuer Gesichtspunkt ist die Etablierung von Regionalbudgets für Menschen und nicht für Patienten in der Region [Deister, 2005]. Eine Pauschale in bestimmter Höhe pro Einwohner der zu versorgenden Region wird mit den Krankenkassen verhandelt und über einen Zeitraum von beispielsweise fünf Jahren festgeschrieben. Dies beinhaltet die Vereinbarung eines Korridors von \pm -Patienten, unabhängig davon, ob diese Patienten stationär, teilstationär, ambulant, zuhause oder in Krisenpensionen durch ein Behandlungsteam des Krankenhauses behandelt werden. Eine Konsequenz ist der Wegfall der Überprüfungen durch den MDK. Gute Erfahrungen mit dieser neuen Versorgungsform haben bereits Krankenhäuser in Schleswig-Holstein (Itzehoe, Geesthacht) und in Thüringen (Nordhausen) gesammelt; Krankenhäuser aus anderen Bundesländern interessieren sich ebenfalls für diese Versorgungsform und ste-

hen mit den Kostenträgern in Verhandlung. Dieses Konzept fördert die patientenorientierte Behandlung: Der Ort der Behandlung spielt keine entscheidende Rolle mehr, sodass die Behandlung auf den jeweiligen Hilfebedarf abgestimmt ist. Dies geschieht sektorübergreifend, personen- und lebensumfeldzentriert und unter Berücksichtigung der individuellen biografischen Besonderheiten des Patienten. Konkret kann dies bedeuten, dass ein Patient sowohl für einen bestimmten Zeitraum durch ein aufsuchendes Team zuhause (Home-Treatment) oder im Falle eines höheren therapeutischen Bedarfes oder bei Selbstgefährdung für einige Tage stationär im Bett behandelt wird.

Durch einen flexiblen Übergang von stationärer Versorgung zu Tagesklinik, ambulanter Behandlung und schließlich Home-Treatment wird die Autonomie des Patienten gefördert. Der ökonomische Anreiz einer zu frühen Entlassung aus der teuren stationären Behandlung besteht aufgrund der drohenden möglichen stationären Wiederaufnahme mit einem hohen finanziellen Ressourcenverbrauch nicht. Erfahrene Konsequenz dieses Konzeptes der Ambulantisierung der Behandlung ist die Reduktion nicht mehr benötigter Betten und die Erhöhung der Anforderungen an den Therapeuten sowie der Abbau von Pflegepersonal.

Eine andere Form der Finanzierung besteht in der Festlegung einer bestimmten diagnoseorientierten Zeitdauer – beispielsweise 70 Tage pro Jahr für die Behandlung einer Schizophrenie – unabhängig davon, ob diese stationär, teilstationär oder ambulant stattfindet.

Kontroverse um Spezialisierung

Auch wenn die früheren teilweise heftigsten Kontroversen zwischen der „Bundesdirektorenkonferenz“ (BDK) und dem „Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland“ (ACKPA) hinsichtlich des richtigen Konzeptes der stationären psychiatrischen Versorgung glücklicherweise nicht mehr so vehement ausgefochten werden, bestehen weiterhin unterschiedliche Auffassungen über die mögliche Etablierung eines zweistufigen Versorgungssystems mit Einrich-

tung überregionaler Zentren mit einem oder mehreren therapeutischen Spezialangeboten vergleichbar der Entwicklung im somatischen Bereich. Vertreter der BDK mit ihren großen Fachkliniken favorisieren diese Idee mehr als Vertreter der Abteilungspsychiatrien. Wenn das zukünftige Versorgungskonzept der angestrebten Ambulantisierung gelingen sollte, wird die Anzahl der zur Verfügung stehenden Betten einer Klinik eine deutlich geringere Rolle hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung spielen als die Versorgungsqualität und die Wohnortnähe der Klinik.

Öffnung in die somatische Medizin

Eine große Chance bietet sich besonders für die psychiatrischen Abteilungen hinsichtlich des Aufbaus eines psychiatrischen Konsiliar- und Liasondienst [Diefenbacher, 2008]. Anzustreben ist, dass circa 10–12% der somatischen Patienten wegen noch nicht behandelter, behandlungswürdiger psychischer Erkrankungen (somatoforme Störungen, Depressionen, Alkoholkrankungen) von einem Psychiater konsultiert werden sollten. Besonders in der Inneren

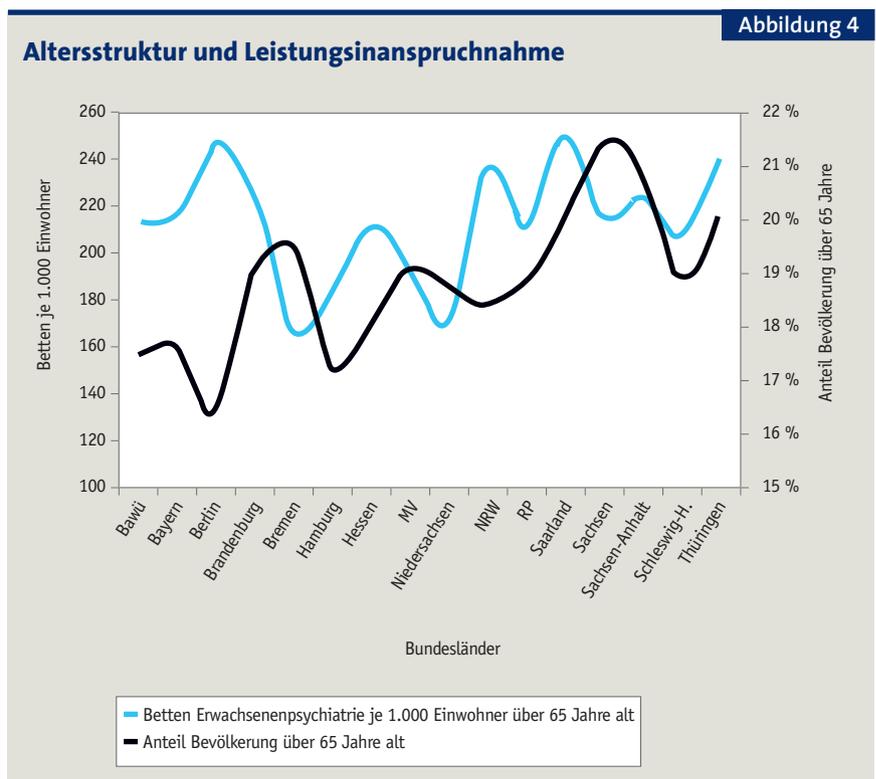
Medizin und Orthopädie finden sich wegen des hohen Altersdurchschnitts Patienten mit Demenz-Erkrankungen.

Verstärkt nachgedacht werden sollte auch über eine deutlich engere Zusammenarbeit und einen Austausch von Assistenten zwischen Psychiatrie und Innere Medizin. Grund dafür ist unter anderem die im Vergleich aller medizinischen Fachrichtungen höchste Anzahl an wechselseitig erbrachten Konsilen sowie die hohe Anzahl von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen in der Inneren Medizin. Insbesondere die somatischen Krankenhäuser ohne eigene psychiatrische Abteilung bedürfen einer intensiveren psychiatrischen Mitbetreuung durch externe Psychiater.

Forderung ist weiterhin, dass Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit wegen der besseren Langzeitergebnisse hinsichtlich erzielter Abstinenz stationär ausschließlich durch suchtmmedizinisch kompetente Mediziner wie in der Psychiatrie vorhanden versorgt werden.

Herausforderung Demenzkranke

Als Konsequenz der steigenden Zahl älterer Menschen ist eine Steigerung de-



menzieller Erkrankungen zu erwarten (Abb. 4). Die Versorgung dieser Menschen stellt für die Psychiatrie eine große Herausforderung dar, der es sich zu stellen gilt [Gutzmann, 2007]. Um den Aufbau von parallelen stationären Versorgungsstrukturen zu vermeiden, sind gemeinsame Planungen mit Vertretern der Geriatrie und Neurologie notwendig. Denkbar sind auch mit den Geriatern gemeinsam betriebene gerontopsychiatrisch-geriatriische Stationen. Eine Verstärkung des Angebotes von Demenzsprechstunden in den PIA ist unbedingt notwendig. Berlin mit dem geringsten Anteil an Menschen über 65 Jahren verzeichnet jedoch die meisten Berechnungstage; die Bevölkerungsstruktur hängt also nur bedingt mit der Leistungsanspruchnahme zusammen.

Lebenswelten berücksichtigen

In der zukünftigen Entwicklung im Sinne des Gender Mainstreaming werden die unterschiedlichen Sozialisations- und Lebensrealitäten von Männern und Frauen eine deutlich höhere Bedeutung erlangen [AG OLG, 2007]. Studien haben ergeben, dass Erleben von physischer und psychischer Gewalt für mehr Frauen als bisher angenommen zum Alltag gehört [Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2004]. Ebenso wird die Versorgung von circa 15,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund mit ihren größeren Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiken zukünftig eine größere Bedeutung erlangen. Ein besseres Verständnis dieser Patienten mit ihren oft sehr unterschiedlichen kulturellen Prägungen wäre idealerweise durch Psychiater zu erreichen, die in der jeweiligen Muttersprache Kontakt zu den Patienten aufnehmen können. Eine flächendeckende Sicherstellung dieses Angebotes wird noch nicht einmal in den Ballungsräumen sein. Schwerpunktmäßig müssen weiterhin stationäre spezialisierte Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung etabliert werden [Stellungnahme DGPPN, 2008].

Kooperation mit Niedergelassenen

Die gesundheitspolitisch gewollte Öffnung der Krankenhäuser in den ambulanten Bereich beinhaltet für diese viele

neue Möglichkeiten; sei es eine Zusammenarbeit im Bereich der integrierten Versorgung – zur Zeit bestehen circa 110 IV-Verträge – oder in anderen Formen der engeren Kooperation. Unter Schonung der finanziellen und ökonomischen Ressourcen und in Erwartung der Stärkung synergistischer Effekte ist eine Absprache auf lokaler Ebene zwischen den Vertretern der stationären und ambulanten Psychiatrie besonders in psychiatrisch unterversorgten Gebieten unerlässlich. Wegen der Zunahme gerontopsychiatrisch zu versorgender Menschen ist zum Beispiel eine planerische Absprache hinsichtlich der gerontopsychiatrischen Versorgung in den Altersheimen unbedingt notwendig. Weiterhin wird eine stärkere Teilnahme der stationären und ambulanten Psychiater an schon bestehenden Netzwerke notwendig. Diese Netzwerke – etwa für Depression und Demenz – sollten unter Einbeziehung auch anderer Fachärzte wie Allgemeinmediziner und Internisten weiter ausgebaut werden. Unbedingt anzustreben ist, wie in Brandenburg seit vielen Jahren erfolgreich praktiziert, dass Chefärzte psychiatrischer Kliniken im Vorstand des jeweiligen Landesverbandes des BVDN oder BDVP vertreten sind, weil dadurch Konflikte zwischen der stationären und ambulanten Psychiatrie früh besprochen und entschärft werden können.

Kooperation mit extramuralen Institutionen

Aufgrund der erheblichen Zunahme psychischer Erkrankungen haben sich die Mitgliedstaaten der europäischen Region in der Helsinki-Deklaration der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2005 darauf verständigt, dieser Entwicklung entgegenzuwirken. Dokumentiert wird die Zunahme psychischer Erkrankungen durch die steigende Zahl der Arbeitsunfähigkeiten und Berentungen infolge psychischer Erkrankungen.

Ein erster Schritt zur Umsetzung der Deklaration hat die Europäische Kommission das Grünbuch „die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der EU“ vorgestellt. Zum Grünbuch hat die „Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obers-

ten Landesgesundheitsbehörden“ eine gemeinsame Stellungnahme vorgelegt. Dazu gehören Durchführung und Unterstützung von Kampagnen wie die Entschließung zur „Aktiven Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ [109. Deutscher Ärztetag, 2006]. Konkret bedeutet dieses unter anderem eine deutliche Verstärkung der Zusammenarbeit einer sich als innovativ verstehenden Psychiatrie mit psychisch kranken Menschen und ihren Angehörigen. Notwendig ist eine Erweiterung des Dialogs [Bock, 1989] auch mit Menschen, die nicht an einer Psychose erkrankt sind.

Notwendig sind weiterhin Neugründungen und der Ausbau unterschiedlichen Einrichtungen im gemeindepsychiatrischen Verbund. Dazu zählen Werkstätten für beschütztes Arbeiten, Arbeitstrainingsplätze, Zuverdienstbetriebe, Integrationsunternehmen, berufliche Trainingszentren, Förderlehrgänge, Tagesstätten, betreutes Wohnen, Begegnungs- und Tagesstätten, Krisendienst und Krisenpensionen. Auch die Umsetzung der Soziotherapie gemäß § 37 a SGB V ist in vielen Bundesländern noch nicht realisiert ebenso wie noch nicht in allen Bundesländern die Modelle der „Rehabilitation Psychisch Kranker“ (RPK) umgesetzt worden sind [Weig, 2003]. □

LITERATUR

beim Verfasser

Dr. med. Ulrich Niedermeyer, Frankfurt/O.

Sprecher der Arbeitsgemeinschaft der Leiterinnen und Leiter Psychiatrischer Abteilungen und Fachkliniken im Land Brandenburg

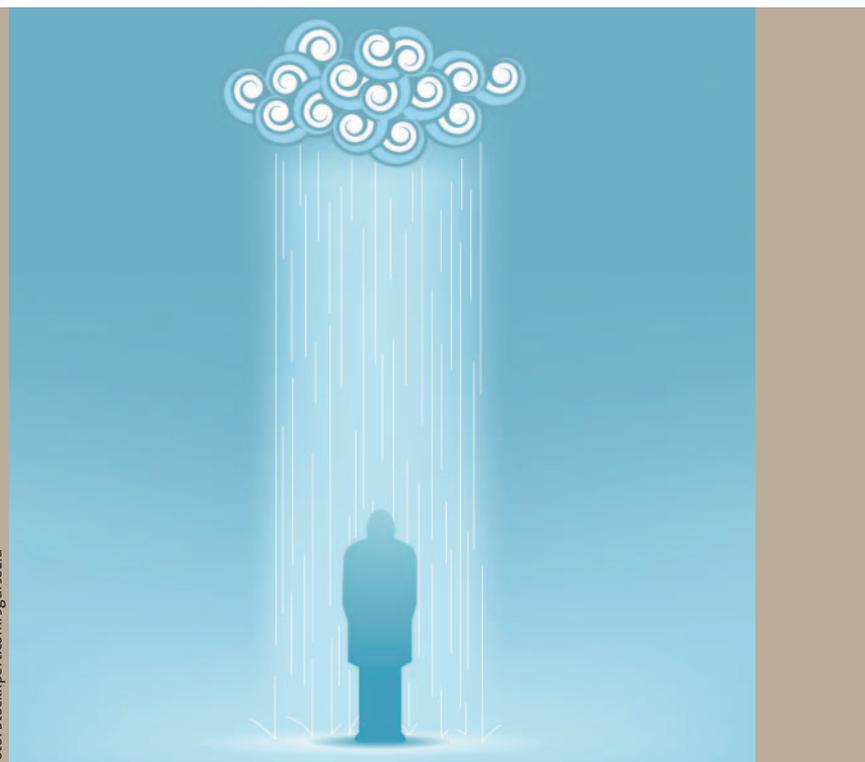
Entwicklungen in der ambulanten Versorgung Unterfinanziert, unterversorgt, ungerecht

Die bedarfsgerechte Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen ist bereits jetzt nicht mehr flächendeckend gewährleistet. Vor allem die Versorgung von psychisch schwer Kranken und Menschen mit einem dauerhaften Behandlungsbedarf ist unzureichend. Hinzu kommt eine gravierende soziale Ungleichheit in der Versorgung. Hilfebedürftige Patienten brauchen mehr Behandlungszeit. Dazu muss die psychiatrische Basisarbeit der Psychiater und Nervenärzte ausgebaut und finanziert werden. Krankenkassen und Ärzte können diese notwendigen Korrekturen nicht allein bewältigen. Es geht auch um die Beseitigung sozialer Ungerechtigkeit. Daher muss die Weichenstellung aus der Politik kommen.

CHRISTA ROTH-SACKENHEIM UND HEINER MELCHINGER

Der ambulante psychiatrische Versorgungsbedarf nimmt kontinuierlich zu und mit ihm steigen die Gesamtausgaben für die Versorgung. Struktur- und Leistungsdaten aus der vertragsärztlichen

Versorgung werden seit 2003 erstmals systematisch erfasst und ausgewertet. Es bestehen nach diesen Daten begründete Zweifel, dass die gegenwärtigen Versorgungsstrukturen in der Lage sind, eine



bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung sicherzustellen. Adäquate Früherkennung, Behandlung und Therapie ist gegenwärtig schon nicht mehr flächendeckend gewährleistet.

Rascher Wandel

Die Entwicklung der letzten zehn Jahre ist nicht verständlich darstellbar ohne etwas weiter zurückzuschauen. „Ambulant vor stationär“ und „wohnortnahe Versorgung“ waren zentrale Forderungen der Psychiatrie-Enquête von 1975. In der Folge wurden die Bettenkapazitäten psychiatrischer Großkrankenhäuser halbiert, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern eingerichtet und die stationäre Verweildauer kontinuierlich verkürzt. Gleichzeitig wurde eine Vielzahl von ambulanten und teilstationären Hilfeangeboten für psychisch Kranke aufgebaut. Die Versorgung sollte weitgehend in der Hand der niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater liegen. Die ab 1990 einsetzende Reform der Psychiatrie in den neuen Bundesländern erfolgte in einem sehr viel rascheren Tempo, wobei dort manchmal auch bewährte Strukturen vorschnell aufgegeben wurden. Für schwer erkrankte Patienten, die einer langfristigen, kontinuierlichen Behandlung bedürfen, deren Umfang das Leistungsvermögen einer Nervenarztpraxis überschreitet, wurden im Jahr 1976 (RVO) und 1989 (SGB V) die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für die Einrichtung von „Psychiatrischen Institutsambulanzen“ (PIA) an Fachkrankenhäusern geschaffen, deren Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Gesamtversorgung vergütet werden. Im Jahr 2000 wurden auch die psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zur Einrichtung von PIA ermächtigt. Von den 434 psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen in Deutschland unterhalten fast alle eine PIA. Mit dem Psychotherapeutengesetz von 1999 wurden psychologische Psychotherapeuten als gleichberechtigte Partner der Vertragsärzte in die Kassenärztlichen Vereinigungen einbezogen. In der Folge nahm die Anzahl der niedergelassenen Psychotherapeuten sprunghaft zu. Heute stehen den knapp 5.000 niedergelassenen Nervenärzten

und Psychiatern rund 13.000 psychologische Psychotherapeuten und 4.700 ärztliche Psychotherapeuten gegenüber. Auf den ersten Blick mag die hohe Zahl der Leistungserbringer den Eindruck vermitteln, dass die Sicherstellung der ambulanten Versorgung flächendeckend gewährleistet ist. Die folgenden Analysen werden aber aufzeigen, dass die ambulante psychiatrische Basis- und Notfallversorgung davon nicht profitiert hat.

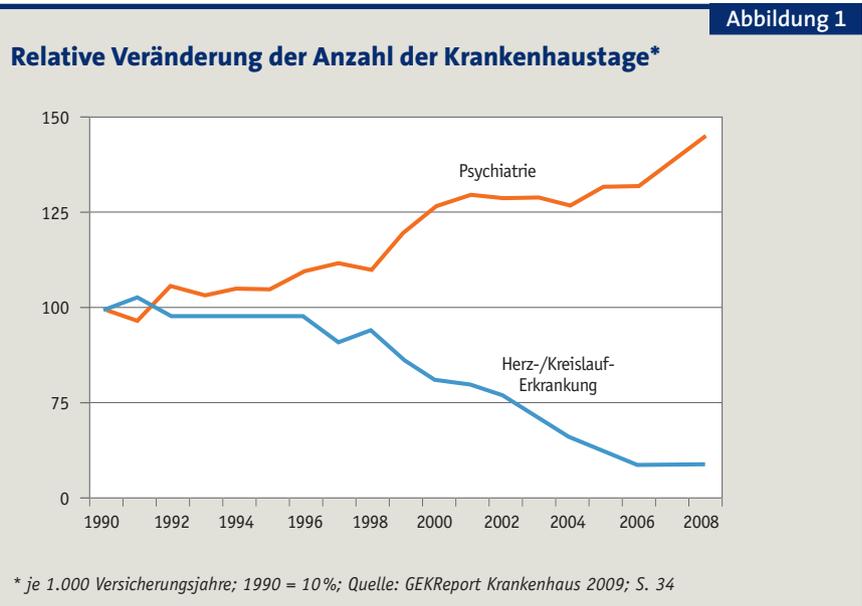
Bedarf steigt

Die sozialen Sicherungssysteme und das Gesundheitswesen werden mit einem stetig wachsenden Versorgungsbedarf im Bereich psychischer Störungen konfrontiert. Die Ursachen für diese Entwicklung sind multifaktoriell und noch nicht vollständig transparent. Die mit dem ansteigenden Durchschnittsalter der Bevölkerung einhergehende Zunahme von altersassoziierten neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen spielt hier sicher eine Rolle. Dazu kommt eine gewachsene Sensibilität der Ärzte für psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungsbedürfnisse und gleichzeitig eine zunehmende Einforderung von psychiatrischen und insbesondere von psychotherapeutischen Behandlungsleistungen durch die Betroffenen selbst. Letzteres ist zwiespältig zu bewerten. Einerseits ist es zu begrüßen, dass psychi-

atrische Behandlungsbedürftigkeit zunehmend entstigmatisiert wurde, andererseits wäre es nicht unproblematisch, wenn in Seelennöten, die früher zunächst zur Suche nach Rat und Unterstützung bei/durch Vertrauenspersonen geführt hätten, heute gleich professionelle Hilfe in Anspruch genommen würde.

Belege für den wachsenden Versorgungsbedarf bei psychischen Störungen sind:

- Während Krankenhausfälle (alle Diagnosen) von 1994 bis 2005 nur um 11 % angestiegen sind und seit 2001 stagnieren, sind bei psychiatrischen Diagnosen kontinuierliche Zuwächse festzustellen: Von 1994 bis 2005 ergab sich eine Steigerung um 36%. Die Verweildauern bei psychischen Störungen gehen zwar zurück, gleichzeitig führen aber hohe Wiederaufnahmeraten zu einem kontinuierlichen Anstieg der Krankenhaustage. Bei allen anderen Krankheitsgruppen zeigt sich eine gegenläufige Entwicklung.
- Nach Ermächtigung psychiatrischer Abteilungen zur Einrichtung der PIA im Jahr 2000 ist die Anzahl der PIA-Behandlungsfälle sprunghaft angestiegen (gegenwärtig rund 650.000 PIA-Behandlungsfälle/Jahr).
- Bei Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen ergab



- sich im Bereich der AOK von 1995 bis 2008 ein Zuwachs um 80 %.
- Bei niedergelassenen Nervenärzten und Psychiatern ergaben sich von 1994 bis 2004 Fallzahlsteigerungen um rund 50 % (gegenwärtig rund 6,6 Millionen psychiatrische Behandlungsfälle/Jahr).
- Bei der Richtlinienpsychotherapie ist von 2000 bis 2006 ein Anstieg von 61 % festzustellen.

Ernüchternde Bilanz

Hält die ambulante psychiatrische Versorgung den Maßgaben von Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit stand und ist sie für den wachsenden Behandlungsbedarf gerüstet? Die Klärung dieser Fragen war Gegenstand eines von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) initiierten Gutachtens [Melchinger, 2008].

In dem Gutachten wird eine ernüchternde und gleichzeitig alarmierende Bilanz gezogen. Anhand von empirischen Daten wird aufgezeigt, dass die psychiatrischen Versorgungssysteme bereits heute Früherkennung, Behandlung und Rehabilitation nicht adäquat leisten können. Die ambulante Versorgung ist in weiten Bereichen durch Unübersichtlichkeit, begrenzte Effektivität, Unwirtschaftlichkeit und durch Unter- und Fehlversorgung gekennzeichnet. Pointiert ausgedrückt: Gegenwärtig hängt es oft weniger vom Schweregrad der Erkrankung als vielmehr vom Zufall oder von den örtlichen Gegebenheiten ab, ob ein psychisch Kranker überhaupt und von welcher ärztlichen Fachgruppe er behandelt wird. Chronisch Kranke sind besonders benachteiligt, da die Patienten mit zunehmender Krankheitslast immer weniger in der Lage sind, professionelle Hilfe aufzusuchen und überhaupt ihr eigenes Krankheitsmanagement zu steuern. Die Diversifizität der Angebote erhöht die Schwelle für chronisch Kranke bedarfsgerechte Hilfen zu finden.

Verwirrende Vielfalt

Zur Unübersichtlichkeit der Versorgung trägt die Heterogenität der in die psychiatrische/psychotherapeutische Versorgung eingebundenen Fachgruppen bei. An der vertragsärztlichen Versorgung sind Fachärzte für Psychiatrie, für Psych-

iatrie und Neurologie, für Psychiatrie und Psychotherapie, für Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie), Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ärzte für Psychotherapeutische Medizin, Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse, ärztliche Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten und zu einem erheblichen Teil die Gruppe der Hausärzte beteiligt (auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallen etwa 20 % des Gesamtvolumens neurologischer/psychiatrischer Leistungen). Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden die vier erstgenannten Facharztgruppen unter dem Begriff „Psychiater/Nervenärzte“ zusammengefasst. Die differenzierenden Leistungsmerkmale der psychiatrischen/psychotherapeutischen Fachgruppen sind für die Mehrzahl der anderen Ärzte und erst recht für Laien nicht transparent. Dazu kommt, dass aus der Bezeichnung „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ noch nicht ersichtlich ist, ob dieser Arzt für psychiatrische Basisbehandlung tatsächlich zur Verfügung steht oder ob er sich weitgehend auf Psychotherapie beschränkt. Ebenso gibt es niedergelassene Nervenärzte, die überwiegend oder auch ausschließlich neurologisch tätig sind.

Die Dichte der psychiatrisch/psychotherapeutischen Fachgruppen ist durch extreme Disparitäten gekennzeichnet.

net. Neben der Überversorgung in Großstädten, insbesondere in Universitätsstädten, gibt es Regionen, in denen die Anzahl der Praxen zwar dem Sollwert der Bedarfsplanung gerecht wird, in denen aber de facto eine massive psychiatrische Unterversorgung besteht, und es gibt größere ländliche Regionen ohne niedergelassene Psychiater/Nervenärzte.

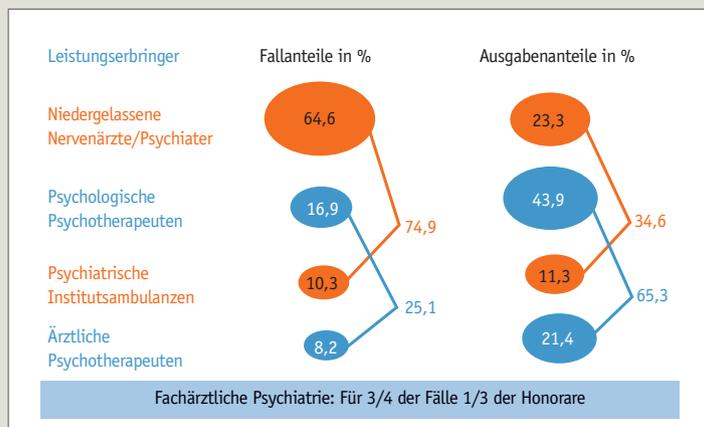
Flankierend zur fachärztlichen Versorgung gibt es eine Vielzahl von ambulanten und teilstationären Hilfeangeboten, von Beratungsstellen über sozialpsychiatrische Dienste bis zu therapeutisch betreuten Wohnformen. Dazu kommen Einrichtungen, die nicht als psychiatrische Angebote firmieren, partiell aber auch Hilfen leisten, die im weiteren Sinn zur psychiatrischen Versorgung zählen (Familienberatungsstellen, Telefonseelsorge und andere). Die flankierenden Hilfeangebote haben sich in den letzten Jahren zu gemeindepsychiatrischen Verbänden vernetzt.

Deutsche Krankheit

Ein besonders in der psychiatrischen Versorgung zum Tragen kommendes Problem stellt die organisatorische und finanzielle Fraktioniertheit der Versorgung dar. Die Zuständigkeiten sind auf eine Vielfalt von Trägern verteilt: Krankenversicherung, Rentenversicherung, Arbeitsverwaltung, Pflegeversicherung, öffentliche Hand, Eigenmittel der Ein-

Abbildung 2

Ambulante psychiatrische Versorgung nach Leistungserbringern, Fallzahlen und Ausgabenanteilen



Daten der KV Bayern [nach Carol, 2007]

richtungsträger, Stiftungen und andere. Die nur durch historisches Gewachsensein zu erklärende Aufsplitterung der Zuständigkeiten – in der Fachliteratur zuweilen als „deutsche Krankheit“ bezeichnet – steht der Umsetzung von ganzheitlichen Behandlungskonzepten und der Schaffung von langfristig zuverlässigen Verantwortlichkeiten im Weg, sie führt zu Schnittstellenverlusten und bedingt erhebliche volkswirtschaftliche Mehrkosten.

Soziale Schieflage

In der Psychiatrie ist das biopsychosoziale Krankheitsverständnis heute Allgemeingut. Aus diesem Verständnis leitet sich das Erfordernis ab, in der Behandlung medizinische, psychologische und soziale Hilfsmaßnahmen integriert zusammenzuführen. Die vertragsärztliche psychiatrische Versorgung kann aber unter den gegebenen Vergütungsregelungen diesen integrativen Ansprüchen nicht gerecht werden.

Der Behandlungsbedarf von psychisch Kranken stellt sich auf einem breiten Kontinuum dar. Der Umfang der finanzierten Behandlungsleistungen ist aber in diskrete Gruppen eingeteilt: Dem niedergelassenen Nervenarzt/Psychiater steht für die Behandlung eine finanzierte Zeit von etwa einer halben Stunde pro Quartal zur Verfügung, den PIA etwa vier Stunden, den ärztlichen und psycho-

logischen Psychotherapeuten zehn Stunden und mehr.

Die Auswirkungen der neuen RLV-Systematik ab 1.1.2009 und insbesondere die Herausnahme der Gesprächsziffern der Psychiater ab 1.7.2009 lässt sich in ihrer Komplexität noch nicht abschließend beurteilen. Es scheint Gewinner und Verlierer zu geben. Dies wird an dieser Stelle in einem Jahr zu kommentieren sein.

Ressourcen ungleich verteilt

Die Gegenüberstellung von Leistungserbringern, Fallzahlen und Ausgabenanteilen macht die Irrationalität der gegenwärtigen Ressourcenallokation besonders deutlich. Der Ausgabenanteil der PIA entspricht ungefähr dem Anteil der PIA-Behandlungsfälle. Würde diese Gleichheit auch für die niedergelassenen Psychiater/Nervenärzte gelten, müssten deren Ausgabenanteile um den Faktor drei größer sein. Fasst man Psychiater/Nervenärzte und PIA zu einer Gruppe „fachärztliche Psychiatrie“ zusammen, entfallen auf diese Gruppe 75 % der Behandlungsfälle, aber nur 35 % der Gesamtausgaben. Noch extremere Disparitäten werden deutlich, wenn man nur die vertragsärztliche Versorgung ins Blickfeld nimmt, die PIA also unberücksichtigt lässt. Niedergelassene Psychiater/Nervenärzte behandeln 72 % aller Fälle und erhalten dafür ein Viertel der

Gesamtausgaben. Umgekehrt erhalten ärztliche und psychologische Psychotherapeuten 28 % der Fälle und erhalten dafür rund drei Viertel der Gesamtausgaben. Nach Daten der KBV lagen im Jahr 2005 die Ausgaben (Honorar/Fall) für einen psychotherapeutischen Behandlungsfall um das Fünffache über den Ausgaben für einen psychiatrischen Behandlungsfall.

Kränkere unterversorgt

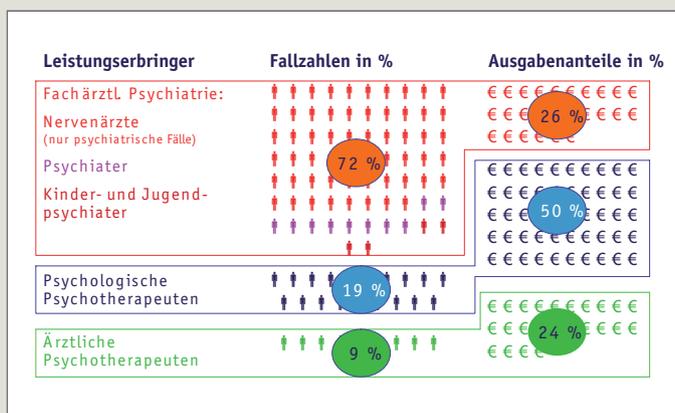
Julian Tudor Hart, Allgemeinarzt und Epidemiologe, formulierte 1971 auf der Basis von Daten aus dem englischen Gesundheitswesen sein berühmtes Inverse Care Law: „The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served.“ Die Kränksten erhalten die geringste Versorgung. Da Krankheit zudem stark sozial geprägt ist, beschrieb das Inverse Care Law sogleich auch eine soziale Ungleichheit in der medizinischen Versorgung. Dies trifft in besonderer Weise auf Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland zu. Für die Behandlung von oft schweren, mit komplexer Komorbidität, Non-Compliance, Akut- und Notfallterminen, Suizidalität, Einbezug von Angehörigen etc. verbundenen Fällen, die engmaschige Behandlungskontakte erfordern können, erhalten Psychiater/Nervenärzte in der Mehrzahl der KVen eine Vergütung (Regelleistungsvolumina) zwischen 45 Euro und 60 Euro/Quartal. Im Vergleich dazu: 50 Minuten Richtlinienpsychotherapie werden mit rund 80 Euro (Festbetrag) vergütet. Manchmal scheint es, dass erst noch bewiesen werden muss, dass mit einem Mehr an finanziertem Behandlungszeit für den niedergelassenen Psychiater/Nervenarzt und mit dem dadurch ermöglichten ganzheitlichen Behandlungsansatz ein größerer therapeutischer Gewinn erzielt werden könnte, von dem auch die Kostenträger einen Nutzen hätten.

Unerwünschte Folgen

Unter den gegebenen Vergütungen kann der niedergelassene Psychiater/Nervenarzt eine bedarfsgerechte Behandlung in vielen Fällen nun dann leisten, wenn er bereit ist, auf die Vergütung eines großen Teils seiner Leistungen

Abbildung 3

Psychiatrische Fälle in der kassenärztlichen Versorgung nach Leistungserbringern und Ausgabenanteilen



Daten der KV Bayern II/2002 [nach Carl, 2003]

zu verzichten. Ökonomische Zwänge setzen dieser Bereitschaft natürlich Grenzen. Insofern bleibt den Psychiatern/Nervenärzten oft keine andere Wahl, als Behandlungsfälle, die bei kostendeckender Vergütung in der Praxis behandelt werden könnten, an eine PIA zu überweisen oder eine stationäre Einweisung zu veranlassen. Die Behandlungskontinuität wird dadurch unterbrochen und die Maxime „ambulant vor stationär“ konterkariert. Gleichzeitig wird ein Fehlanreiz für niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie gesetzt, sich in die mit geringeren Praxiskosten verbundene, besser steuerbare und gesichert finanzierte Richtlinienpsychotherapie zurückzuziehen.

Fehlsteuerung von Patientenströmen

Überweist der Psychiater/Nervenarzt an eine PIA, können sich diffizile Situationen ergeben: Nach der zwischen den Spitzenverbänden der GKV, der Deutschen Krankenhausesellschaft und der KBV geschlossenen „Vereinbarung gemäß § 118 Abs.2 SGB V“ ist eine PIA-Behandlung auf schwer Kranke beschränkt, deren Behandlung umfangreiche Komplexleistungen erfordert. Andererseits ist die PIA aber zur Aufnahme verpflichtet. Bei Prüfungen der Krankenkassen wurden jedoch wiederholt Rücküberweisungen von vermeintlich nicht oder nicht mehr PIA-Behandlungsbedürftigen Patienten an niedergelassene Psychiater/Nervenärzte gefordert. Wenn nun aber die Niedergelassenen nicht über die notwendigen Ressourcen verfügen, um den geforderten Behandlungsumfang leisten zu können, sind die Forderungen schlichtweg nicht zu erfüllen. Wenn PIA – wie insbesondere häufig in den neuen Bundesländern – das Fehlen von niedergelassenen Nervenärzten substituieren müssen, stellt sich ohnehin eine andere Situation.

Die Vereinbarung gemäß § 118 wurde von der KBV zum 31.12.2008 gekündigt. Die KBV bekundete aber Interesse an einer Fortsetzung des Vertrags unter der Voraussetzung, dass sich die Vertragspartner auf trennscharfe Definitionen von PIA-Behandlungsbedürftigkeit verständigen und entsprechende Kontroll-

mechanismen vereinbaren. Die Verhandlungen hierzu werden wohl im nächsten Jahr durch das erweiterte Schiedsamt ein vorläufiges Ende finden.

In dem oben erwähnten Gutachten wurde ausgehend von einer differenzierten Kostenkalkulation einer PIA berechnet, dass niedergelassenen Psychiatern/Nervenärzten rund zwei Drittel der PIA-Vergütungen zur Verfügung stehen müsste, um eine PIA-äquivalente Behandlung von schwerer Kranken leisten zu können. Dies entspräche etwa dem Dreifachen der derzeitigen Fallhonorare. Die Behandlung in der Praxis wäre aber um ein Drittel günstiger als in der PIA.

Psychiater und Nervenärzte unter Druck

Die gegenwärtige Vergütungssituation der Psychiater/Nervenärzte führt zu bedenklichen Fehlentwicklungen. Der niedergelassene Psychiater/Nervenarzt droht zu einem Auslaufmodell zu werden:

- Immer mehr Psychiater/Nervenärzte fokussieren sich aus wirtschaftlichen Gründen auf die existenzsichernde Richtlinienpsychotherapie, auf die Erstellung von Gutachten oder auf andere Erwerbsquellen und stehen damit für die psychiatrische Basisversorgung nicht mehr oder nur noch begrenzt zur Verfügung.
- Viele Psychiater/Nervenärzte sind zwischenzeitlich dazu übergegangen, von dem Zeitpunkt an, wenn das Quartalsbudget ausgeschöpft ist, nur noch in Ausnahmefällen Sprechzeiten zu vergeben. Noch längere Wartezeiten auf Behandlungstermine sind die Folge.
- Die Zahl der Psychiater/Nervenärzte, die aus wirtschaftlichen Gründen ihre vertragsärztliche Zulassung zurückgegeben haben, 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.
- Psychiater/Nervenärzte, die aus Altersgründen aus der Praxis ausscheiden, haben zunehmend Schwierigkeiten, einen Nachfolger zu finden. Eine Niederlassung ist für junge Psychiater zu einer unattraktiven Perspektive geworden, daneben bevor-

zugen viele junge Psychiaterinnen eher eine angestellte Tätigkeit ohne Investitionsrisiko.

Gegensteuerung erforderlich

Jeder weitere Rückzug der Psychiater/Nervenärzte wird für die Krankenkassen mit weiteren Ausgabensteigerungen verbunden sein. Hier ist eine Gegensteuerung erforderlich. Die Krankenkassen waren bisher nicht oder nur sehr zögerlich bereit, das Gewachsene, was von ihnen schon immer finanziert wird, Stück für Stück auf den Prüfstand zu stellen und gegebenenfalls auf Umverteilungen zu drängen. Die interne Struktur der Kassen mit getrennten Geschäftsbereichen „ambulant“ und „stationär“, für die jeweils die Zielvorgabe „Vermeidung von Ausgabensteigerungen“ gilt, steht vorausschauenden Planungen im Weg und wird den Besonderheiten psychischer Erkrankungen mit häufig raschen Fluktuationen nicht gerecht.

Analysen der TK

Mit der TK hat sich erstmals eine Krankenkasse mit der Verteilung der Ressourcen in der ambulanten psychiatrischen und insbesondere in der psychotherapeutischen Versorgung auseinandergesetzt. Die TK spricht von einer erheblichen Fehlallokation von Ressourcen und begründet diese Feststellung mit den folgenden Befunden:

- Im Bereich der TK werden 0,4% aller Erstanträge auf Gewährung von Psychotherapie abgelehnt (GKV gesamt: 4%). Von dem Gutachterverfahren, für das in der GKV Millionenbeträge ausgegeben werden, geht kein Steuerungspotenzial aus.
- Für das im Einzelfall eingesetzte Therapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Therapie, Psychoanalyse) ist weniger die Diagnose bestimmend als viel mehr die therapeutische Ausrichtung des erreichbaren Therapeuten. Implizit wird unterstellt, dass alle Therapieverfahren für alle Diagnosen gleichermaßen geeignet sind.
- Vor allem bei Kurzzeittherapien orientiert sich die Therapiedauer an der bewilligten Maximaldauer. Anders ausgerückt: Therapien dauern also so lange, wie sie finanziert werden.

- Unter den Behandlungsfällen nimmt der Anteil der Patienten zu, die in der Fachliteratur zuweilen als YAVIS-Patienten („young, attractive, verbal, intelligent, successful“) bezeichnet werden, während der Anteil von Patienten mit höherer Krankheitslast abnimmt.
- Vollzeitpraxissitze sind in nicht geringem Umfang durch Teilzeittherapeuten besetzt, wodurch lange Wartezeiten entstehen.

Diese Analysen weisen auf eine Sichtweise hin, die manchmal auch in der Leitlinienentwicklung erkennbar ist, nämlich dass es zur Behandlung von psychischen Störungen eine dichotome Perspektive gäbe: Psychotherapie oder Psychopharmakotherapie. Die stützende, haltgebende, lösungsorientierte, compliancefördernde, am Bedarf und am Krankheitsstadium flexibel orientierte psychiatrische Therapie wird dabei völlig ignoriert.

Zwei-Klassen-Psychiatrie

Im Jahr 2000 wurde ambulante Soziotherapie als Leistungsanspruch in § 37a SGB V festgeschrieben. Soziotherapie wurde als Hilfeangebot für schwer psychisch Kranke konzipiert, die bisher am wenigsten von der Psychiatriereform profitiert hatten. Ambulante Soziotherapie wurde seinerzeit vom Bundesgesundheitsministerium als erste und bisher einzige Leistung gewürdigt, die der Vorgabe des § 27, Abs. 1 SGB V „Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen“ folgt. Das fortschrittliche Gesetz steht aber nur auf dem Papier, die tatsächliche Nutzbarmachung der Soziotherapie wird von den Krankenkassen aus Kostengründen bis heute fast durchgängig blockiert. Aus den wenigen Regionen, in denen Soziotherapie wenigstens ansatzweise praktiziert wird, wird eine zunehmend restriktivere Bewilligungspraxis der Krankenkassen berichtet. Aufsuchende Hilfen mit Beratung und therapeutisch stützenden Gesprächen, die chronisch Kranken bei der Bewältigung ihrer Lebenssituation helfen könnten, werden also nicht finanziert. Sarkastisch formuliert: Patienten, die chronisch krank und sozial benachteiligt sind, haben schlech-

te Karten. Wären sie nur leicht erkrankt und würden sie die oben erwähnten YAVIS-Merkmale verfügen, würde der Gewährung von Psychotherapie nichts im Wege stehen.

Behandlungsplätze in Kliniken für psychosomatische Medizin wurden in den letzten Jahren massiv ausgeweitet, vor allem im Bereich der Rehabilitation. In diesen Häusern, die oft in Hochglanzbrochüren unter Hinweis auf eine Vier-Sterne-Hotel-äquivalente Ausstattung um Patienten werben, wird man nur selten einen chronisch psychisch Kranken finden. Ein chronisch psychisch Kranker, dem eine Auszeit aus einem pathogenen Lebensumfeld wenigstens temporäre Entlastung verschaffen würde, wird sich schwer tun, einen Kostenträger zu finden, der eine entsprechende Maßnahme finanzieren wird.

Folgen und Forderungen

In der gegenwärtigen wirtschaftlichen Situation muss es verstärkt darauf ankommen, alle psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlungsleistungen nach den Maßgaben Bedarfsorientierung, Evidenz und Effizienz auf den Prüfstand zu stellen, soziale Schief lagen in der Versorgung abzubauen, Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen und eine ausschließlich am Bedarf der psychisch Kranken orientierte Priorisierung von Versorgungsleistungen vorzunehmen. Dieser Herausforderung müssen sich alle stellen, die Kostenträger, die Leistungsträger, die Leistungserbringer – und die Politik. Das von den Kostenträgern und von der Politik leidlich oft gehörte Argument „Es ist genug Geld im System, es liegt an der ärztlichen Selbstverwaltung, für ein bedarfsgerechte Versorgung der Mittel Sorge zu tragen“ hilft nicht weiter. Schon deshalb nicht, weil hier natürlich auch konfligierende wirtschaftliche Interessen im Spiel sind. Im „System“ bilden die fast 18.000 Psychotherapeuten eine ungleich gewichtigere Lobby als 5.000 Psychiater/Nervenärzte.

Es soll mit diesen Ausführungen nicht der Eindruck erweckt werden, die Studienergebnisse sollten berufspolitisch genutzt werden, um Richtlinienpsychotherapie zu beschneiden oder deren Be-rechtigung im System der GKV in Frage

zu stellen. Das Psychotherapeutengesetz von 1999 wurde als ein wichtiger Baustein zur Qualitätsverbesserung und Patientenorientierung in der ambulanten Versorgung durch Richtlinienpsychotherapie konzipiert. Man muss sich nur klar machen: Diese Verbesserung der Versorgung kommt lediglich einem Teil der Menschen mit psychischen Störungen zugute. Dies sind in der Regel Menschen, die eine hohe Kompetenz aufweisen, sich diese Ressource zu erschließen und sich dieses hochkomplexe und zeitlich immer begrenzte Angebot zunutze zu machen. Ziel muss es aber sein, allen Menschen mit psychischen Erkrankungen eine adäquate Therapie zukommen zu lassen. □

LITERATUR

bei den Verfassern

**Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Andernach**
**Dr. phil. Heiner Melchinger,
Hannover**



Foto: Stockexpert.com/carlodapin

Arztzahlentwicklung in der Psychiatrie/Psychotherapie Mehr, jünger, weiblicher

Die Zahl der Nervenärzte ist in den letzten zehn Jahre deutlich gestiegen und der Anteil der Frauen wächst stetig. Doch der allgemeine Nachwuchsmangel in der Medizin verschont auch die Fächer Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie nicht. Für die nächsten zehn Jahre wird die Zahl der Nervenärzte vermutlich stagnieren. Angesichts der wachsenden Zahl von Menschen, die unter psychischen Erkrankungen leiden, könnte dies auf einen bedenklichen Versorgungsengpass hinweisen.

THOMAS KOPETSCH

Um die Veränderungen der Arztzahlen in den Fächern Neurologie, Psychiatrie/Psychotherapie richtig einschätzen zu können, lohnt ein Blick auf den generellen Wandel in der Altersstruktur der Ärzte in Deutschland. Das Durchschnittsalter der Vertragsärzte ist zwischen 1993 und 2007 von 46,6 Jahre um knapp fünf Jahre auf 51,4 Jahre gestiegen. Parallel wuchs das Durch-

schnittsalter der Krankenhausärzte von 38,1 Jahre auf 41,0 Jahre. Dieser Zunahme des Durchschnittsalters liegen zwei Entwicklungen zugrunde: Erstens nimmt der Anteil der berufstätigen Ärzte, die 60 Jahre oder älter sind, permanent zu. Lag deren Anteil 1993 erst bei 6,7% (absolut 17.315) so ist er im Jahre 2007 auf 11,5% (absolut 36.345) gestiegen. Das alleine wäre an sich nicht besorgnis-

erregend, wenn nicht gleichzeitig – und das ist die zweite Entwicklung – der Anteil der jüngeren Ärzte (definiert als Ärzte unter 35 Jahren) von 26,6% im Jahr 1993 auf 16,0% im Jahre 2007 gesunken wäre.

Immer weniger Medizinstudenten

Zur allgemeinen Nachwuchsentwicklung lässt sich feststellen, dass die Zahl

der Studierenden im Fach Humanmedizin (ohne Promotionsstudenten) von 90.594 im Jahre 1993 auf nur noch 75.555 im Jahre 2007 abgenommen hat und dies, obwohl etwa 12.000 Studenten jedes Jahr neu mit dem Studium beginnen. Diese Abnahme der Bestandsgröße der Studenten ist nur dadurch erklärbar, dass die Zahl der Studienplatzwechsler oder Studienplatzabreicher permanent zunimmt. Die Zahl der Absolventen im Fach Humanmedizin ist von 11.978 im Jahre 1994 auf 8.724 im Jahre 2006 deutlich gesunken. Betrachtet man den gesamten Verlauf des Studiums, so lässt sich ein Schwund an Medizinstudenten im Zyklus der Ausbildung in Höhe von etwa 41 % errechnen.

Medizin wird weiblicher

Ein weiterer wichtiger Trend, der die Strukturentwicklung im ärztlichen Bereich prägt, ist die sogenannte Feminisierung der ärztlichen Profession. Diese besagt, dass der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte zunimmt. So stieg der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte zwischen 1994 und 2008 von 35,2% auf 41,5%. Im Jahre 2006 lag der Anteil der Studentinnen bei den Studienanfängern bei 62,5%. Der Frauenanteil bei den ärztlichen Vorprüfungen beträgt 60,6% und an den Examen 56,9%. Vollzieht man eine Lebenszyklusbetrachtung der Frauen im Verlauf der medizinischen Ausbildung, so wird deutlich, dass bis zum Examen der Frauenanteil relativ konstant ist, um dann bei den Facharztanerkennungen deutlich abzufallen (im Vergleich zum Examen um etwa 12% Punkte).

Der Anteil der Ärztinnen in ausgewählten Arztgruppen im Jahre 2007 stellt sich recht unterschiedlich dar: Während der Anteil bei Kinder- und Jugendlichenpsychiatern 55,5%, bei den Gynäkologen 53,2% und den Kinder- und Jugendärzten 51,4% beträgt, liegt der Anteil bei den Chirurgen nur bei 16%. Das bedeutet, dass es dem Fach Chirurgie gelingen muss, für Ärztinnen attraktiver zu werden. Ansonsten droht den chirurgischen Fächern ein ernsthafter Nachwuchsmangel.

Entwicklung bei den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie

Die Zahl der berufstätigen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie im gesamten Bundesgebiet lag im Jahre 1998 bei 3.760 mit einem Ärztinnenanteil von 42,1%. Diese Zahl hat sich bis 2008 auf 7.856 bei einem Frauenanteil von 46,6% erhöht. In den alten Bun-

desländern wuchs die Zahl von 3.528 auf 7.051. In den neuen Bundesländern stieg sie von 232 auf 805. Von den 7.856 Psychiatern, die zum Stichtag des 31.12.2008 berufstätig waren, waren 3.191 Fachärzte für Psychiatrie und 4.472 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Weitere 193 Fachärzte verfügten über einen Schwerpunkt Foren-

Abbildung 1

Entwicklung der Zahl berufstätiger Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie – gesamtes Bundesgebiet

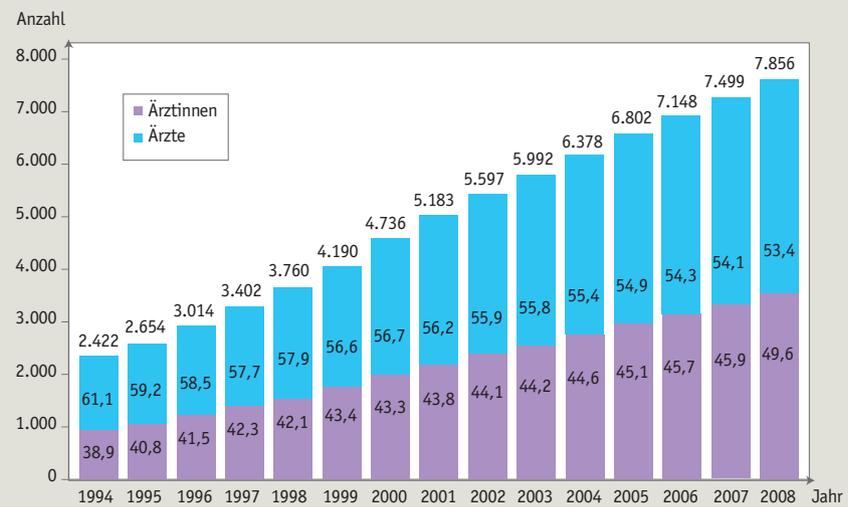
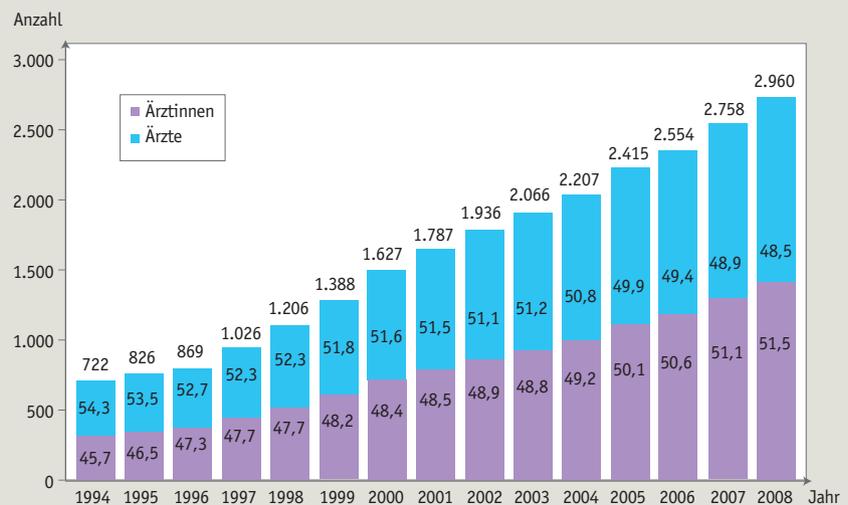


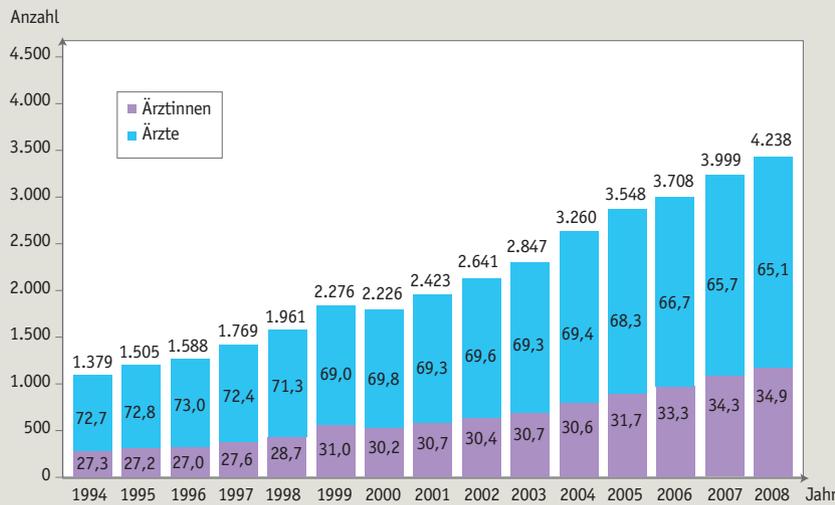
Abbildung 2

Entwicklung der Zahl ambulant tätiger Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie



Entwicklung der Zahl berufstätiger Neurologen

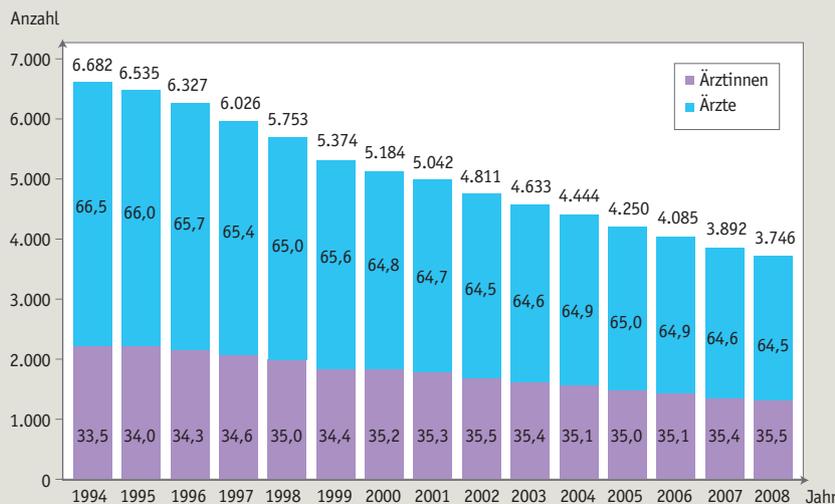
Abbildung 3



genommen, wobei der Frauenanteil mittlerweile bei 51,5% liegt. Von den 1.917 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychiatern waren 1.706 Vertragsärzte mit dem ersten Statusfachgebiet Psychiatrie, 34 Partnerärzte, 36 angestellte Ärzte sowie 141 ermächtigte Ärzte. Daneben praktizierten noch 516 weitere Ärzte, die mit einem zweiten oder weiteren Fachgebiet im Gebiet Psychiatrie zugelassen sind. Zusammen ergibt das 2.433 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Psychiater. Die Vertragsärzte sind in 1.845 Praxen tätig, wobei die Einzelpraxen mit 1.640 gegenüber den 179 fachgleichen und 26 fachübergreifende Gemeinschaftspraxen dominieren. Das Betreuungsverhältnis hat sich zwischen 1998 und 2008 von 68.124 Einwohnern je ambulant tätigen Psychiater 1998 zu 27.776 deutlich verbessert. Die Entwicklung der Facharztanerkennungen im Bereich Psychiatrie ist in den letzten zehn Jahren in etwa konstant geblieben. 1998 betrug die Zahl der Facharztanerkennungen 696, zehn Jahre später waren es 583.

Entwicklung der Zahl berufstätiger Nervenärzte

Abbildung 4



Entwicklung bei den Neurologen

Die Zahl der berufstätigen Neurologen hat sich von 1.961 im Jahre 1998 (Ärztinnenanteil 28,7%) auf 4.238 im Jahre 2008 (Ärztinnenanteil 34,9%) deutlich erhöht. Von den 4.238 berufstätigen Neurologen waren 1.930 ambulant, 2.887 stationär und 221 in sonstigen Bereichen ärztlich tätig. Die Zahl der stationär tätigen Neurologen hat sich von 1.333 (Frauenanteil 26,3%) auf 2.887 (Frauenanteil 33,1%) erhöht. Auch die Zahl der Anerkennungen im Gebiet Neurologie hat sich in den letzten zehn Jahren mit einer Steigerung von 334 auf 383 im Jahre 2008 relativ konstant entwickelt.

Entwicklung bei den Nervenärzten

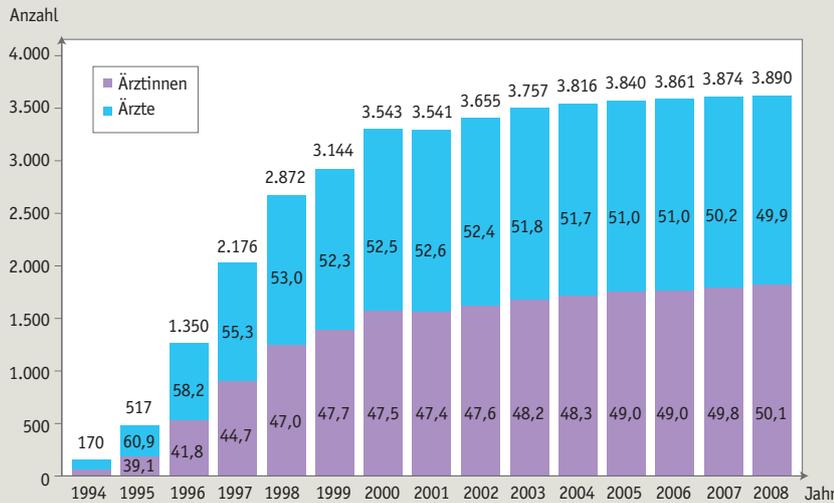
Naturgemäß ist die Zahl der berufstätigen Fachärzte für Nervenheilkunde von 5.753 im Jahre 1998 auf nur noch 3.746 im Jahre 2008 zurückgegangen. Von diesen waren 2008 2.394 ambulant, 971 stationär und 381 in sonstigen Bereichen ärztlich tätig.

sische Psychiatrie. Es waren ambulant 2.960, stationär 4.241 und in sonstigen Bereichen 655 Psychiater berufstätig. Dass die Arztgruppe der Psychiater relativ jung ist, erkennt man daran, dass (zum Stichtag des 31.12.2008) nur 7,2% 60 Jahre oder älter waren. Betrachtet man die Betreuungsrelation Einwohner je berufstätiger Facharzt für Psychiatrie, so erkennt man, dass sich das Betreuungsverhältnis zwischen

1998 und 2008 von 21.818 auf 10.466 wesentlich verbessert hat. Im stationären Bereich ist die Zahl der Psychiater von 2.239 (Frauenanteil 39,3%) auf 4.241 (Frauenanteil 42,8%) gestiegen. Im Krankenhausbereich hat sich die Betreuungsrelation von 36.640 Einwohnern je stationär tätigen Facharzt für Psychiatrie auf 19.386 verbessert. Die Zahl der ambulant tätigen Fachärzte für Psychiatrie hat von 1.206 auf 2.960 zu-

Abbildung 5

Entwicklung der Zahl berufstätiger Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Entwicklung bei den Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

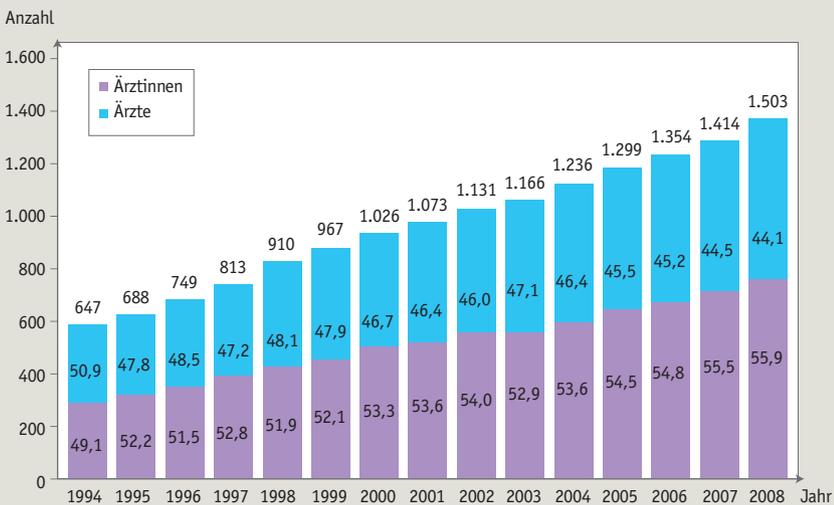
Hier ist eine recht positive Entwicklung zu verzeichnen. Waren im Jahr 1998 erst 910 (Frauenanteil 51,9%) Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie berufstätig, so ist deren Zahl im Jahre 2008 auf 1.503 (Frauenanteil 55,9%) gestiegen. Von diesen waren 945 ambulant, 673 stationär und 81 in sonstigen Bereichen tätig. Die Anerkennungen im Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie haben sich in den letzten Jahren auf etwa 110–120 per annum eingependelt.

Zukünftige Entwicklung

Betrachtet man die Nervenärzte im Sinne der Bedarfsplanung, das heißt die Fachärzte für Nervenheilkunde, die Fachärzte für Neurologie und die Fachärzte für Psychiatrie, so lässt sich konstatieren, dass für die nächsten zehn Jahre bis zum Jahre 2019 im vertragsärztlichen Bereich jährlich mit etwa 230 altersbedingten Abgängen zu rechnen ist. Berücksichtigt man die Altersstruktur sowie die Nachwuchsentwicklung dieser Arztgruppe, so lässt sich für das Jahr 2019 folgende Prognose erstellen. Diese besagt, dass im Jahre 2019 ungefähr 4.850 Ärztinnen und Ärzte dieser Fachrichtungen vertragsärztlich tätig sein werden – dies entspricht ungefähr der Zahl des Jahres 2008. Somit ist also nicht, wie beispielsweise bei den Hausärzten, mit einem Rückgang der absoluten Zahl der Vertragsärzte dieser Fachrichtungen zu rechnen. Ob allerdings diese Zahl ausreichen wird, um die wachsende Zahl der Menschen, die an psychischen Krankheiten leiden, behandeln zu können, ist eine ganz andere Frage. □

Abbildung 6

Entwicklung der Zahl berufstätiger Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie



Entwicklung bei den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Die Zahl der berufstätigen Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie hat von 2.872 im Jahre 1998 (Frauenanteil 47%) auf 3.890 im Jahre 2008 (Frauenanteil 50,1%) merklich zugenommen. Davon waren

3.050 ambulant, 749 stationär und 91 in sonstigen Bereichen tätig. Die Entwicklung der Anerkennung im Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie hingegen ist eindeutig rückläufig. Waren im Jahr 1998 noch 633 Anerkennungen zu verzeichnen, so waren es im Jahre 2008 nur noch 132.

AUTOR

Dr. Thomas Kopetsch

Leiter der Abteilung Bedarfsplanung, Bundesarztregister und Datenaustausch der Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

10 Jahre BVDP

Einmischen, reformieren, Stellung beziehen

Der Bundesverband Deutscher Psychiater – BVDP – setzt sich seit zehn Jahren für eine bessere Patientenversorgung und für akzeptablere Rahmenbedingungen in der psychiatrischen Therapie ein. Die Anstrengungen haben gefruchtet, der Reformwille ist ungebrochen. Hier ein kurzer Überblick über die ersten zehn Jahre des BVDP.

CHRISTA ROTH-SACKENHEIM

Der Berufsverband Deutscher Psychiater – BVDP – ging aus der seit 1996 bestehenden Sektion Psychiatrie des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte – BVDN – hervor. Im Jahre 1999 wurden die Grundsteine für den Aufbau gelegt, parallel dazu wurde der Berufsverband Deutscher Neurologen – BDN – aus der Taufe gehoben (vorher Sektion Neurologie). Die Gründungsfeier des BVDP fand im Mai 2000 in Leipzig statt. Diese Entwicklung war die Antwort darauf, dass 1992 die Musterweiterbildungsordnung geändert worden war. Der Nervenarzt traditioneller Prägung wurde abgeschafft. Die Gebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie mit jeweils fünfjähriger Weiterbildungszeit wurden geschaffen. Zu umfangreich waren die Inhalte beider Fächer geworden.

Wenig Wechsel

Als 1. Vorsitzender wurde PD Dr. Albert Zacher aus Regensburg gewählt, als 2. Vorsitzende Dr. Sibylle Schreckling aus Hürth. Dieses Amt hatte Sibylle Schreckling bis zum Eintritt in den Ruhestand 2005 inne, seither ist sie das einzige Ehrenmitglied des Verbandes. An ihre Stelle trat Dr. Christian Vogel aus München. 2001 kandidierte dann Albert Zacher nicht mehr, als Nachfolgerin ist seither Dr. Christa Roth-Sackenheim aus Andernach im Amt. Zusätzlich zu den beiden Vorsitzenden sind heute noch zwei weitere Gründungsvorstandsmitglieder im Vorstand aktiv: Dr. Gerd Wermke aus Homburg/Saar als Schatzmeister und Dr. Frank Bergmann aus Aachen als „Verbindungsmann“ zum BVDN.

Die Mitgliederzahl des BVDP ist seit der Gründung stetig gestiegen: Sie

liegt bei circa 400. Ab 2008 hat sich das Binnenverhältnis der niedergelassenen Vertragsärzte der Bedarfsplanungsgruppe der Nervenärzte, die ja Nervenärzte, Neurologen und Psychiater/Psychotherapeuten umfasst, zugunsten der Einzel fachärzte verschoben: Circa 1.100 Neurologen und 1.400 Psychiater/Psychotherapeuten stehen 2.300 Nervenärzten gegenüber. Laut Arztzahlstudie der KBV und Bundesärztekammer werden von den gesamt rund 4.800 Ärzten unserer drei Fachgruppen etwa 1.500 in den nächsten drei bis fünf Jahren aus Altersgründen ausscheiden. Wie sich hier die Abschaffung der Altersgrenze auswirken wird, lässt sich noch nicht sagen. Die Nachwuchszahlen sind erfreulich, insbesondere im Vergleich zu anderen Fachgruppen, zum Beispiel den operativen Fächern. Es ist jedoch eine Differenzierung der Bedarfsplanung notwendig.

Zielen treu geblieben

Ein Auszug aus dem Gründungsprotokoll zeigt die Ziele des Verbandes auf: [...] „Aufgrund der Erfahrungen des Dritten Reiches sowie den Zuständen vor der Psychiatrie-Enquête (ist) die neue Generation der Psychiater, Psychiater und Psychotherapeuten sowie der schwerpunktmäßig psychiatrisch tätigen Nervenärzte angetreten, die Lage der Patienten deutlich zu verbessern. Die Reformbestrebungen der frühen 80er-Jahre werden von uns getragen und wir wollen sie weiter entwickeln. In die Psychiatrie wurde die Psychotherapie integriert.“

Die zeitaufwendige Betreuung der psychisch Kranken, insbesondere der Psychosekranken – hat sich als sinnvoll erwiesen. Die rückläufige Vergütung

unserer – im Vergleich zu anderen Fachärzten – ohnehin schlecht vergüteten Fachgruppe gefährdet die angestrebten Reformen. [...] Aus diesem Grund soll ein Berufsverband für Psychiater, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und schwerpunktmäßig psychiatrisch tätige Nervenärzte gegründet werden.“ Was hier Gehaltvolles in wohl fachgruppentypisch bescheidenen und unpräzisen Worten gesagt wird, ist auch heute noch gültig.

Wichtige Erfolge

In den letzten zehn Jahren hat der Verband wichtige Erfolge in der Verbesserung der Vergütung erzielt. Hier einige Beispiele:

1. In der Konzeption des EBM 2000 plus wurde für die 10-min-Ziffer die höchste Bewertung aller Gesprächsleistungen über die Fachgruppen erreicht.
2. Die 10-min-Ziffer additiv abrechenbar zu konzipieren, schuf mehr Realitätsnähe in der Abbildung der psychiatrischen Arbeit im einheitlichen Bewertungsmaßstab.
3. Die Einführung der Betreuungsziffern im EBM 2000 plus schuf endlich eine Leistungsabbildung der besonderen Anforderungen unserer Arbeit mit chronisch psychisch Erkrankten.
4. Zwei Jahre später wurden über Struktur- und Kostenerhebungen die Betriebskosten, auf deren Grundlage die betriebswirtschaftliche Kalkulation des EBM beruhte, deutlich angehoben, was sich zum Beispiel in der Anhebung der Bewertung der 10-min-Ziffer von 345 auf 385 Punkte auswirkte.



Foto: Fotolia.com/dnizzd

5. Im Vorfeld der Regelleistungsvoluminakonzeption haben wir seit 2005 immer wieder darauf hingewiesen, dass Gesprächsleistungen nicht in das Regelleistungsvolumen gehören. Dies wurde im Juli 2009 umgesetzt.

Als Ansprechpartner etabliert

Berufspolitik ist jedoch nicht alleine der Kampf um eine bessere Honorierung, sondern oft auch langwierige Gremienarbeit. Der BVDP vertritt die Sache der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in eine Reihe von Gremien, Verbänden und Ausschüssen:

1. KBV – Beratende Fachausschüsse
2. Bundesärztekammer (Novellierung der GOÄ, Akademie der Gebietsärzte)
3. Als Delegierte bei den Deutschen Ärztetagen
4. Weiterentwicklung der „Ständigen Konferenz ärztlich-psychotherapeutischer Verbände“ als ein Beratungsgremium der Bundesärztekammer in Belangen psychischer Erkrankungen, zum Beispiel in Stellungnahmen
5. Gemeinsamer Bundesausschuss
6. Kooperierender Verband der DGPPN
7. Kontakte zu europäischen Schwesterverbänden

Stellung beziehen

Seit zehn Jahren nimmt der BVDP Stellung zu wichtigen, oft auch in der Öffentlichkeit kontrovers diskutierten Themen. Damit trägt der BVDP dazu bei, das Bild der psychiatrischen Therapie in der Öffentlichkeit klarer zu definieren und gegebenenfalls zurechtzurücken. Hier ein Auszug der Stellungnahmen aus den letzten zehn Jahren:

1. Zur Änderung des Waffengesetzes
2. Zur Änderung der Telefonüberwachung
3. Zur Einführung von Disease Management Programmen (DMP)
4. Zur Novellierung des Betreuungsgesetzes
5. Zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes (PTG)
6. Zur Notwendigkeit von ambulanten Neuropsychologie-Leistungen für Hirnverletzte
7. Zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz

8. Zum Vertragsarztänderungsgesetz
9. Zur Grundversorgung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen
10. Zur Änderung der Psychotherapierichtlinien
11. Zur öffentlichen Diskussion um Reparaturationstherapie bei Homosexualität

Einen weiteren Schwerpunkt stellt auch die Darstellung der psychiatrischen Tätigkeit im Kanon der psychotherapeutischen und psychologischen Verbände und in der Öffentlichkeit dar. Es ist offensichtlich immer noch erforderlich, die psychiatrische Tätigkeit zu definieren und ihre Bedeutung zu erklären. In einer Gesellschaft, die glaubt, mit Gesprächen sei alles zu heilen, ist dies besonders notwendig. □

AUTORIN

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

ZNS – Netze und Berufsverbände

Gemeinsam in ein Boot

Die Gründung von regionalen ZNS-Netzen hat erfreulicherweise in den letzten zwölf Monaten bundesweit erheblich an Dynamik gewonnen. Ausschlaggebend hierfür waren nicht zuletzt die von BVDN, BVDP und BDN bundesweit wiederholt durchgeführten Informationsveranstaltungen. In vielen Regionen hat die Athene-Akademie aus Würzburg Starthilfe für die Netzgründungen geleistet.

FRANK BERGMANN

Eine Reihe von Netzen steht jetzt vor der Frage, wie geht es weiter, welche Arbeit muss geleistet werden und wie kann vernetztes Arbeiten erfolgreich umgesetzt werden? Viele haben zum Zeitpunkt ihrer Gründung versäumt, differenzierte Ziele ihrer Arbeit zu beschreiben. So sind in manche Netzen Kollegen eingetreten, die überwiegend den kollegialen Zusammenschluss gesucht haben, um Demonstrationen vorzubereiten und kollektiv gegen die bestehenden Arbeitsbedingungen im ambulanten Sektor zu

protestieren. Dies war insbesondere in Verbindung mit der Umsetzung der Honorarreform zum 1. Januar 2009 der Fall. Ein berechtigtes und legitimes Ziel.

Andere Netze waren von vornherein von der Idee getragen, Selektivverträge abzuschließen und im Netz umzusetzen. Dies waren in einigen Regionen integrierte Versorgungsverträge nach § 140. In anderen, wie beispielsweise in Baden-Württemberg, bestand die feste Absicht, 73c-Verträge als Supplement zum bestehenden 73b-Vertrag mit der hausärzt-

lichen Vertragsgemeinschaft in Baden-Württemberg anzuschließen.

Ziele definieren

Erfolgreiche Arbeit in vernetzten Strukturen setzt bei den Kolleginnen und Kollegen genaue und differenzierte Kenntnisse über die Versorgungsstrukturen im Netz voraus. Folgende Fragen sollte man beantworten können:

- Wie viele Kolleginnen und Kollegen möchten vernetzt versorgen und sind aktiv im Netz beteiligt?



Foto: Stockpelt.com/mipan

- Wie viele Patienten werden insgesamt durch die im Netz beteiligten Kolleginnen und Kollegen versorgt?
- Wie ist das Diagnosespektrum der versorgten Patienten?
- Gibt es einen Notfalldienst?
- Wie sind die kooperativen Strukturen mit den Kliniken der Region?
- Gibt es Kooperationen zu komplementären Versorgern, Wohnheimen, Tagesstätten, Pflegediensten, SPZ und anderen?
- In welchen Bereichen der Versorgung bestehen die größten Defizite?
 - a) aus Sicht der Patienten
 - b) aus Sicht der Versorger
- An welchen Stellen ist die Versorgung aus Sicht der Ärzte unökonomisch (Beispiel: Versorgung von acht Altenheimen mit jeweils ein bis zwei Patienten pro Heim)?
- Welche diagnostischen und therapeutischen Leistungen werden in den Praxen des Netzes angeboten?
- Wer hat in welchem Versorgungssegment freie Kapazitäten?
- Wer möchte bestimmte Versorgungssegmente in Zukunft nicht mehr durchführen und dafür andere übernehmen?

Die Beantwortung der aufgelisteten Fragen ist ein erster Einstieg in eine Neuorganisation und Neustrukturierung der Versorgung mit einem häufig unerwartet großen Optimierungspotenzial. Vernetzte Versorgung in einem regionalen ZNS-Netz ist dann attraktiv, wenn nicht nur die Qualität für die Patienten verbessert werden kann, sondern auch Synergieeffekte nutzbar sind und eine ökonomischere Organisation der Versorgung greift. Nur wenn jeder einzelne Netzteilnehmer für sich selbst einen Vorteil aus der Kooperation ziehen kann, wird er in Zukunft motiviert an der Weiterentwicklung der vernetzten Versorgung teilnehmen.

Erfahrung wächst

Für die Umsetzung zukünftiger Selektivverträge ist dies von eminenter Bedeutung. Wir konnten im Berufsverband viele Erfahrungen in der Umsetzung von IV-Verträgen nach § 140 SGB V sammeln, und zwar sowohl in neurologischen wie auch in psychiatrischen Indikationen. Im integrierten Versor-

gungsvertrag „Depression“ mit der Techniker Krankenkasse wurden bis dato mehr als 4.000 Patienten behandelt. Über 1.000 Patienten haben bis jetzt auch an der integrierten Versorgung „MS“ im Rheinland beziehungsweise der integrierten Versorgung „seelische Gesundheit“ teilgenommen. Erfahrung konnten wir im Vertragsmanagement sammeln. Dazu zählen beispielsweise die nicht unproblematischen Weiterbeziehungsweise Neuverhandlungen der Verträge nach Auslaufen der Anschlussfinanzierung, aber auch die Dokumentation und Abrechnung.

Neben den oben beschriebenen Aufgaben dienen die Netze auch der Steuerung und vertragsgerechten Umsetzung regionaler Selektivverträge. Um dies leisten zu können, ist eine vertrauensvolle und funktionierende Netzstruktur erforderlich, die im Übrigen eine funktionierende Kommunikationsstruktur als Voraussetzung hat. Dies lässt sich nicht in wenigen Wochen aufbauen. Es hat sich gezeigt, dass viele Kolleginnen und Kollegen einen derartig engen Schulterschluss auch skeptisch sehen, nicht zuletzt in der Sorge vor Verlust an Individualität oder Autonomie. In einem kollegialen und auf Vertrauen und gegenseitigem Respekt gegründeten Versorgungsnetz wird dies kaum zu befürchten sein.

Berufsverbände nutzen

Die Berufsverbände – auf Bundes- wie auf Landesebene – können unter anderem Muster für Verträge entwickeln. Dies haben wir in den letzten Jahren für viele neurologische und psychiatrische Indikationen durchgeführt. Aktuell wurde am 16. November in der KBV ein indikationsübergreifender Versorgungsvertrag vorgestellt, dem erstmalig ein indikationsübergreifender „generischer“ Behandlungspfad zugrunde liegt. Er ermöglicht es, in einer einzigen Vertragsstruktur in mehreren Indikation sektorenübergreifend und integrierend zu arbeiten. Dieser Vertrag kann in toto umgesetzt werden, aber auch in einzelnen Teilen und Indikationen, sofern dies wirklich gewünscht ist. Er ist insofern eine Blaupause sowohl für integrierte Versorgungsverträge nach § 140 SGB V als auch für 73c-Verträge.

Eine weitere Aufgabe der Berufsverbände ist es, Verträge bekannt zu machen und dabei sowohl auf besonders gute und gelungene wie auch auf wenig zielführende Vertragsangebote hinzuweisen. Dies werden die Berufsverbände bis zum Jahresende in elektronischer Form ermöglichen. Dafür wird auf den Homepages der Verbände eine Zugangsmöglichkeit zu den Verträgen und ihre Ziele geschaffen. Auch eine Bewertungsmöglichkeit ist vorgesehen. Dies wird es regionalen Netzen in Zukunft einfacher machen, Verträge zu bewerten, die ihnen von einzelnen Kassen oder Verbänden von Krankenkassen vorgelegt werden.

Zersplitterung vorbeugen

Im Hinblick auf den zu beobachtenden Paradigmenwechsel der Krankenkassen, die derzeit vorzugsweise einzelne Kollegen oder kleinste Gruppen von Kollegen ansprechen um selektive Verträge abzuschließen, wird es immer wichtiger sein, derartige Informationen sehr schnell in einer Region bekannt zu geben und sich innerhalb und unterhalb der Netze und mit den Berufsverbänden abzustimmen, um einer völligen Zersplitterung der Versorgungslandschaft und damit auch einer Vereinzelung unserer Interessen vorzubeugen.

Regionale Versorgungsnetze als Garant für die Versorgung vor Ort sowie Landesverbände beziehungsweise Bundesverbände von BVDN, BDN und BVDP können sich in ihrer Arbeit exzellent ergänzen und wechselseitig unterstützen. Dies hilft den Verbänden sich schlagkräftig und schnell reagierend konstruktiv weiterzuentwickeln und schützt andererseits die ZNS-Netze vor Ort zum Beispiel davor, in vertragliche Fallen zu tappen. Dies nützt nicht nur dem einzelnen Vertragsarzt, sondern am Ende vor allem den Patienten, den nichts weiter interessiert als eine gute Versorgung. □

AUTOR

**Dr. med. Frank Bergmann,
Aachen**

Charakteristik der psychiatrischen Therapie

Offensiv für eine gute Basisversorgung

Was zeichnet eine psychiatrische Therapie aus? Patienten, manchen Ärzten und der Öffentlichkeit fällt es schwer, darauf eine Antwort zu finden. Umso wichtiger ist es, dass wir uns als psychiatrisch tätige Ärzte selbst um eine klare Profilierung bemühen.

CHRISTA ROTH-SACKENHEIM

Eine neue Psychiater- und Psychotherapeutengeneration ist herangewachsen, für die es eine Selbstverständlichkeit ist, psychiatrisches und psychotherapeutisches Know-how integriert anzuwenden. Dadurch ist die ambulante psychiatrische Versorgung in den letzten 30 Jahren revolutioniert worden. Sie hat sich wegbewegt von einer unflexiblen Minimalversorgung, die sich hauptsächlich auf das „Medikamente austeilen“ in Großkliniken und Praxen beschränkte, hin zu einer differenzierten, komplexen, vorwiegend ambulanten Versorgung. Hier erhalten Patienten ein maßgeschneidertes Behandlungskonzept, das medikamentöse Innovationen, differenzierte Psychotherapie, Soziotherapie, Psychoedukation und Angehörigenbehandlung mit einschließt.

Biologie und Lebensgeschichte

Ein wichtiger Bestandteil psychiatrischer Therapie ist das Selbstverständnis des Psychiaters und Psychotherapeuten. Er versteht sich gerade nicht als „reiner Psychotherapeut“ und wirkt damit dem Vorurteil entgegen, es gäbe „psychiatrische“ und „psychotherapeutische“ Patienten.

Für uns Psychiater und Psychotherapeuten ist es zum einen eine Selbstverständlichkeit, dass biologische Faktoren gemeinsam mit lebensgeschichtlichen Einflüssen schwere psychische Erkrankungen auslösen können. Zum anderen kennen wir die Einflüsse lebensgeschichtlicher Erfahrungen auf das Verhalten und die Wahrnehmung. Wir entscheiden je nach Schweregrad, ob eine kombinierte medikamentöse und

psychotherapeutische Behandlung notwendig ist. Wir benutzen verschiedene psychotherapeutische Managements (also den Dialog und die Motivation zu Lösungsmöglichkeiten) ähnlich wie ein Medikament. Insofern beinhaltet die psychiatrische Therapie eine eigenständige ärztliche, eben fachpsychiatrische Tätigkeit. Die Therapie psychischer Störungen umfasst wesentlich mehr als „entweder Psychotherapie oder Psychopharmakotherapie“.

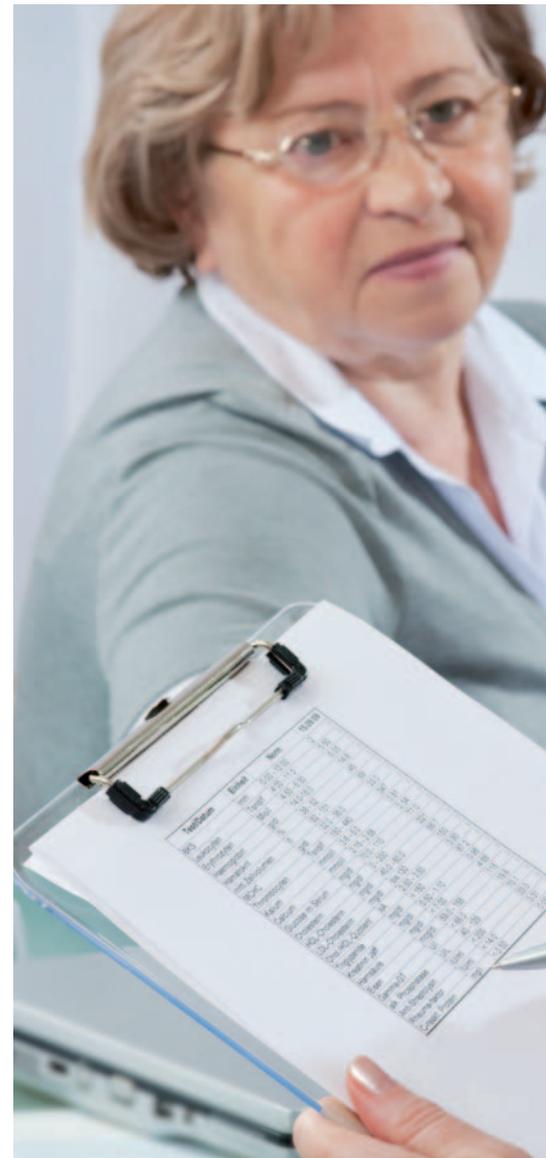
Partner Patient

Wir Psychiater und Psychotherapeuten benutzen das Wissen über die Krankheiten und das Erkennen des Individuums in seinen Stärken und Schwächen, in seinen sozialen Bezügen und in seinem So-geworden-sein nicht zur Herstellung von Distanz zum Patienten. In dem Bemühen, dem Patienten in der Verarbeitung und im Selbst-Management seiner Erkrankung weiterzubringen, begreifen wir uns als Partner des Patienten. Wir unterstützen ihn dabei, in einer schweren Krise – beispielsweise in einer schizophrenen Episode, einer Depression oder nach einem Suizidversuch – wieder Kontrolle über das eigene Leben zu gewinnen.

Während die Richtlinienpsychotherapie zeitlich begrenzt und in der Regel eine nur hochschwierig erreichbare Methode ist, ist die psychiatrische Therapie zeitlich unbegrenzt und vereint stadiengerecht verschiedene Methoden.

Schulenübergreifend

Die psychiatrische Therapie kann sich innerhalb der Richtlinienpsychothera-



pie bewegen, sie findet aber zu einem überwiegenden Anteil außerhalb der Richtlinienpsychotherapie statt. Die psychiatrische Therapie nutzt sowohl Erkenntnisse der Psychoanalyse als auch der Verhaltenstherapie oder andere strukturierte Gesprächstechniken als „Software“, ohne den Kontakt zur „Hardware“, also dem Gehirn zu verlieren. Die Hirnforschung hat in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte im Verständnis unterschiedlicher Wahrnehmungs- und Kategorisierungsstile gemacht, beispielsweise bei Schizophrenie, Demenz, Aufmerksamkeits-Defizit-Störungen und Borderline-Störungen. Es zeigt sich, dass medikamentöse und



Foto: Stockxpert.com/alexraths

psychotherapeutische Therapieregimes durchaus gleichermaßen zum Ergebnis beitragen können.

Kommunikatives Kunststück

Ein wichtiger Bestandteil psychiatrischer Therapie ist die Wissensvermittlung über psychiatrische Krankheiten an Betroffene und Angehörige und die Schaffung des Bewusstseins, dass es sich um eine Krankheit und weniger um eine persönliche Schwäche handelt. Ein kommunikatives Kunststück ist der Beziehungsaufbau zu einem psychiatrischen Patienten, der möglicherweise durch seine Krankheit eine verzerrte Realitätswahrnehmung hat. Es ist wichtig herauszufinden, wo dieser Patient gerade steht, was für ihn akzeptabel ist und womit er über- oder unterfordert ist. Nur so kann der Boden für eine längerfristige therapeutische Arbeitsbeziehung gelegt werden.

Die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung ist in unserem Fach besonders entscheidend für die Behandlungsprognose.

Wir Psychiater und Psychotherapeuten müssen dafür eine enorme Rollenflexibilität mitbringen sowie ein hohes Maß an Empathie, medizinischem Wissen und psychischer Stabilität.

Neutral, aber nicht abstinent

Typische Übertragungsphänomene, wie sie in der Psychoanalyse im Zentrum stehen, müssen von uns Psychiatern und Psychotherapeuten zu Beginn einer Behandlung ausbalanciert und abgefangen werden. Sie müssen uns aber stets bewusst sein. Können wir nicht damit umgehen, kann es zu einer dysfunktionalen Kommunikation und möglicherweise zu einem Behandlungsabbruch kommen.

Von der Psychoanalyse, die eine längere Behandlung und eine umfassendere Problemlösung erlaubt, unterscheidet sich die psychiatrische Psychotherapie durch die therapeutische Haltung und die eingesetzten Methoden. Die Therapeutenhaltung bei der psychiatrischen Psychotherapie ist neutral, aber nicht abstinent, sie ist progressionsfördernd, nicht regressionsfördernd und sie ist offen stützend, nicht projektionsfördernd. Das zeitliche Setting kann von zwei- bis dreimal die Woche bis einmal im Quartal schwanken. Das wichtigste und wirksamste Element der psychiatrischen Psychotherapie ist das Aufrechterhalten der therapeutischen Bindung.

Kampf um Anerkennung

In der Verbändelandschaft muss sich die psychiatrische Psychotherapie ihren Platz immer noch erkämpfen. Das ist insbesondere die Aufgabe des Berufsverbandes Deutscher Psychiater und Psychotherapeuten. Die psychotherapeutische Verbändelandschaft besteht momentan aus rein psychologischen, rein ärztlichen und einigen gemischten Verbänden. Die psychologischen Berufsverbände sowie die Bundespsychotherapeutenkammer beanspruchen ohne Scham, sie seien die Ansprechpartner für psychische Störungen. Sie fordern eine Übernahme ärztlicher Leistungen durch Psychologen, wie zum Beispiel Krankenhauseinweisung, Krankschreibung und teilweise auch der Medikamentenverordnung. Die ärztlichen psychotherapeutischen Verbände arbeiten

in der „Ständigen Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände“ – StäKo – zusammen. Die StäKo hat sich die berufspolitische Stärkung der ärztlichen Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung des ärztlichen Anteils zur Aufgabe gemacht. Dabei geht es nicht nur um honorarpolitische Belange, sondern auch um Fragen der Weiterbildung und Forschung. Der BVDN, der BVDP sowie die DGPPN sind in der StäKo seit ihrer Gründung 1995 vertreten. Seit 2008 ist die StäKo ein beratendes Organ der Bundesärztekammer. Sie unterstützt die Kammer in allen Fragen der Behandlung psychischer Störungen sowie bei der Erarbeitung von Stellungnahmen.

Desweiteren sind wir Nervenärzte und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie seit den Neuwahlen der Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (GFB) in diesem Frühjahr an führender Stelle dort vertreten: Dr. Frank Bergmann wurde als Vizepräsident, Dr. Christa Roth-Sackenheim in das erweiterte Präsidium der GFB gewählt. Die GFB ist der einzige bundesweit agierende Fachärzterverband. Diese Wahl war ein weiterer wichtiger Schritt zur Vertretung unserer Interessen im innerärztlichen politischen Umfeld.

Mängel in der Honorierung

Psychiatrische Therapie, sofern sie nicht als Richtlinienpsychotherapie durchgeführt wird, ist als psychiatrisches Gespräch von je zehn Minuten mittels der Ziffer 21220 additiv abrechenbar. In der Systematik des EBM 2000 plus wurde die Bewertung des psychiatrischen Gesprächs mit derzeit 385 Punkten verglichen mit allen anderen ärztlichen und psychologischen Gesprächsleistungen am höchsten bewertet. Hierdurch waren sogar für die Dauer von zwei Jahren mehr Punkte als in der Richtlinienpsychotherapie erreichbar. Regionale Honorarverteilungsmaßstäbe machten die Etablierung dieser guten Honorierung in der Fläche jedoch nicht zum bundesweiten Standard. Dafür war die Zeit einfach zu kurz.

Durch die letzte Honorarreform mit der Einführung eines Orientierungspunktwertes von 3,5 ct und von Regelleistungsvolumina wurde die Besser-

stellung erneut zur Makulatur. Bereits 2005 hatte der BVDP in mehreren Schreiben die KBV darauf hingewiesen, dass die psychiatrischen Gesprächsleistungen keinesfalls in einem Regelleistungsvolumen versenkt werden dürfen. Durch die BSG-Rechtsprechung (das sogenannte „10-Pf-Urteil“ aus dem Jahre 2000) musste die Punktzahlzumessung der Richtlinienpsychotherapie sogar normativ von 1755 auf 2315 Punkte angehoben werden. Dies blieb der psychiatrischen Therapie verwehrt. Weiterhin fehlt in der Abbildung der psychiatrischen Therapie im EBM auch die Möglichkeit der telefonischen oder E-Mail-Intervention.

Basisversorgung muss gestärkt werden

Es scheint eine Art „kollektiven Neglect“ zu geben, was die Anerkennung der komplexen ambulanten psychiatrischen Basistherapie in Gesundheitspolitik, Vergütung, Verbändelandschaft und in der innerärztlichen Wertschätzung angeht. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie müssen offensiv für ihre gute Basisversorgung eintreten. □

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Morbus Parkinson: neue Option zur täglichen Einmalgabe

➔ Die Therapieadhärenz von Parkinson-Patienten sinkt mit der Anzahl der täglich einzunehmenden Medikamente. Für den Arzt sind die komplizierten Aufdosierungsschemata ein zeitlicher Mehraufwand. Eine Reduktion der Tablettenlast und eine Vereinfachung des Einnahmeschemas sind wirkungsvolle Ansätze zur Behebung dieser Problematik und verbessern sicherlich die Therapieadhärenz, berichtete PD Dr. Ilonka Eisensehr, München.

Mit Pramipexol Retard (Sifrol® Retardtablette) steht nun eine neue Option zur täglichen Einmalgabe eines Dopaminagonisten bei Patienten mit idiopathischem Par-

kinsonsyndrom in frühen und fortgeschrittenen Stadien zur Verfügung. Der Wirkstoff wird über 24 Stunden hinweg gleichmäßig aus einer Hydrogel-Matrix freigesetzt. Die Ergebnisse klinischer Studien bei Parkinson-Patienten in frühen und fortgeschrittenen Krankheitsstadien belegen eine mit dem unretardierten Pramipexol äquivalente Bioverfügbarkeit und eine vergleichbare Wirksamkeit auf die motorischen Symptome, sagte Prof. Claudia Trenkwalder, Kassel. Auch im Hinblick auf die Verträglichkeit haben sich keine Unterschiede gezeigt. Neben den positiven Auswirkungen auf die Compliance und die

Lebensqualität der Patienten sieht Trenkwalder noch einen weiteren Vorteil des retardierten Dopaminagonisten: So sei wegen der gleichmäßigen Freisetzung auch mit einer kontinuierlichen Rezeptorstimulation zu rechnen.

In einer speziellen Umstellungsstudie ging man der Frage nach, wie die Patienten von einer Vorbehandlung mit unretardiertem Pramipexol auf die retardierte Darreichungsform umgestellt werden können. An der Studie nahmen 156 Parkinson-Patienten im Hoehn & Yahr-Stadium I–III teil. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Patienten 1:1 über Nacht von der dreimal täglichen Pramipexol-Dosierung auf die einmal tägliche Retardformulierung umgestellt werden können. Pramipexol Retard steht in fünf Dosisstufen zur Verfügung (0,26, 0,52, 1,05, 2,1 und 3,15 mg). **aam**



Foto: Fotolia.com/pmphoto

Pressekonferenz „Eine neue Option für die Parkinson-Therapie: Sifrol® Retard macht den Unterschied“ anlässlich des DGN-Kongresses in Nürnberg, 23. September 2009
 Veranstalter: Boehringer Ingelheim

Metakognitives Training bei Schizophrenie

➔ Mangelnde Therapieadhärenz ist das größte Problem in der Behandlung von Schizophrenie-Patienten. Studien zeigen, dass durch Non-Compliance oder eine partielle Compliance die Rezidivhäufigkeit ansteigt. Mit zunehmender Rezidivrate wird aber die Akutsymptomatik schwerer und die Rezidivphasen verlängern sich, sagte PD Dr. Martin Lambert, Hamburg. In multimodalen Behandlungsansätzen wird versucht, dieser Entwicklung entgegenzusteuern. So kann auf medikamentöser Seite durch einfache Therapieschemata oder die Applikation von Depot-Neuroleptika die Compliance erhöht werden. Depot-Neuroleptika sollten dabei nicht erst bei fortgeschrittenen schwierigen Krankheitsverläufen gegeben werden, sondern bereits in der Frühphase der Erkrankung. In einer Studie sind Machbarkeit, Wirksamkeit und Verträglichkeit eines Behandlungsbeginns mit dem Depot-Atypikum Risperdal® CONSTA® bei einer Schizophrenie-Erstdiagnose belegt, sagte Lambert.

Auf der nichtmedikamentösen Ebene werden verschiedene Strategien zur Verbesserung der Therapieadhärenz eingesetzt. Es wird versucht, die Wichtigkeit des therapeutischen Bündnisses zu unterstreichen und negative Überzeugungen wie „Medikamente machen abhängig“ für den Erkrankten sichtbar zu machen. Neben der Verhaltenstherapie ist das „Metakognitive Training“ (MKT) ein Instrument zur Verbesserung der Adhärenz, sagte Prof. Steffen Moritz, Hamburg. In überschaubarer Modultchnik werden Schizophrenie-typische Denkverzerrungen auf humorvolle Weise verdeutlicht und Alternativen für die häufig negativen Vorurteile aufgezeigt. „Wir wollen die Patienten in Form von Aha-Erkenntnissen auf ihre kognitiven Defizite hinweisen und eine positive Verhaltensänderung hinwirken“, so Moritz. Das MTK ist interaktiv und kann auch in Gruppen unter Anleitung von Pflegepersonal durchgeführt werden. Die Effektivität wurde in Studien belegt, vor allem Wahnideen gehen zurück.

Auch im Setting außerhalb von Studien ist das MTK effizient, sagte PD Dr. Carsten Wolf, Marienheide. In Kliniken wird es vom Pflegepersonal durchgeführt. Patienten profitieren zum Beispiel durch eine verringerte Fixationsrate und den reduzierten Verbrauch an Akutmedikamenten. Auch das Pflegepersonal ist zufriedener. Die „Bezugspflege“ als Zukunftsmodell in der Psychiatrie wird durch das MKT vereinfacht, Pfleger und Erkrankte kommunizieren in gleichen Denkstrukturen, so Wolf. **bk**

Pressegespräch „Metakognitives Training und Risperdal® CONSTA® – Zwei effektive Bausteine zur Förderung der Adhärenz in der Langzeitbehandlung schizophrener Patienten“, Hamburg, 24. September 2009
 Veranstalter: Janssen-Cilag

Resynchronisieren der „inneren Uhr“ bessert Depression

☞ Störungen im zirkadianen Rhythmus spielen neuen Erkenntnissen zufolge eine Schlüsselrolle bei der Depressionsentstehung. Die therapeutische Beeinflussung der endogenen „Masterclock“ und die Resynchronisation zirkadianer Rhythmen greift die Depression daher direkt an ihrem Ursprung an. Viele biologischen Funktionen folgen einem 24-Stunden-Muster. Dieses genetisch determinierte zirkadiane Profil wird individuell durch die „Masterclock“ im

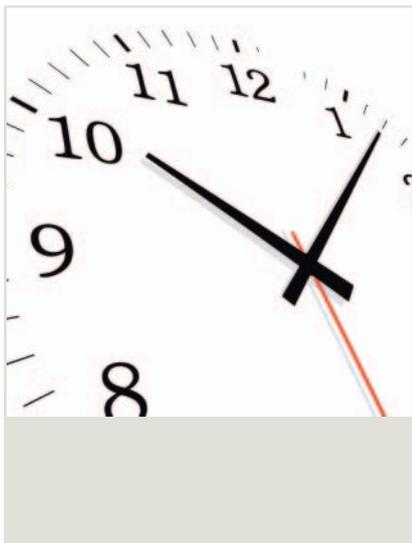


Foto: Fotolia.com/Wolf

Nucleus suprachiasmaticus reguliert. Das psychologische Umfeld, traumatische Lebensereignisse, körperliche Krankheiten und/oder soziale Umstände wirken als Störfaktoren. Bei entsprechender Vulnerabilität entsteht eine Depression, erklärte Prof. Göran Hajak, Regensburg. Für dieses Modell sprechen das häufig veränderte Schlaf-Wach-Verhalten der Betroffenen und die im 24-Stunden-Verlauf oszillierende Intensität vieler Kernsymptome, die Verflachung oder Verschiebung der Maxi-/Minima von im 24-Stunden-Profil organisierten biologischen Mediatoren wie Melatonin, Kortisol, Noradrenalin oder Körperkerntemperatur sowie der Erfolg chronotherapeutischer Verfahren wie Lichttherapie oder Schlafdeprivation.

Einen innovativen antidepressiven Ansatz bildet Agomelatin (Valdoxan®), das melatonerge MT₁-/MT₂-Rezeptoren aktiviert und serotonerge 5HT_{2C}-Rezeptoren inhibiert. Diese Rezeptoren sind überwiegend im Nucleus suprachiasmaticus sowie im Hippokampus und präfrontalen Kortex lokalisiert und nehmen eine Schlüsselstellung für die zirkadiane und die affektive Regulation ein. Während übliche Antidepressiva ausschließlich symptomatisch wirken, bietet Agomelatin erstmals die

Chance, direkt in die Pathogenese der Depression einzugreifen, betonte Hajak. Die antidepressive Wirksamkeit von Agomelatin setzt schneller ein als bei üblichen Antidepressiva. Nach den Worten von Prof. Guy Goodwin, Oxford/Großbritannien, erwies sich Agomelatin in Vergleichstudien mit Venlafaxin oder Sertralin bereits nach einer beziehungsweise zwei Wochen im Hinblick auf die Responderrate und die antidepressive Wirksamkeit als signifikant überlegen. Dieser Vorteil bleibt im gesamten sechsmonatigen Beobachtungszeitraum erhalten. Auch bei der Verträglichkeit punktete Agomelatin. Im Gegensatz zu üblichen Antidepressiva wurden in klinischen Studien weder ein Gewichtsanstieg noch Störungen der Sexualfunktion beobachtet.

bl-ki

Pressekonferenz „Valdoxan®: Offering a Brighter Future for Depressed Patients“ und Satellitensymposium „An Innovative Therapeutic Option for Depressed Patients“ im Rahmen des 22nd ECNP Congress (European College of Neuropsychopharmacology), Istanbul/Türkei, 15. September 2009
Veranstalter: Servier

Mehr Optionen gegen die Angst

☞ Anders noch als vor wenigen Jahren gibt es heute ein relativ großes Angebot an psychoedukativen und medikamentösen Therapien für Patienten mit generalisierten Angststörungen. Zu den neueren, in Leitlinien genannten Substanzen gehören auch Pregabalin und Quetiapin.

Die aktuellen WFSBP-Guidelines [Bandelow B et al. J Psychopharmacol. 2008; 22: 409–416] für die Erstlinientherapie der generalisierten Angststörung betonen die Rolle der Antidepressiva (SSRI, SNRI) gegenüber Benzodiazepinen und nennen als zusätzliche Optionen das Antikonvulsivum Pregabalin (Lyrica®), das Antipsychotikum Quetiapin sowie die kognitive Verhaltenstherapie. Darauf hat Prof. Michael Van Ameringen aus Hamilton/Kanada hingewiesen. Pregabalin ist für die Indikation generalisierte Angst bereits seit 2006 in Europa zugelassen. Überzeugend sind nach Anga-

ben des Psychiaters der schnelle Wirkeintritt von Pregabalin und die in Studien gut dokumentierten Effekte nicht nur auf die Angst, sondern auch auf begleitende Schlafstörungen und Depressionen. Pregabalin reguliert die präsynaptische Freisetzung verschiedener exzitatorisch wirkender Neurotransmitter. Strukturell ist die Substanz ein Analogon der Gamma-Aminobuttersäure (GABA), bindet aber nicht an GABA- und Benzodiazepin-Rezeptoren und hat auch keine hemmende Wirkung auf die Serotonin- oder Noradrenalin-Wiederaufnahme. In kontrollierten Studien war die angstlösende Wirkung von Pregabalin stärker als die von Placebo und etwa gleich stark wie die von Lorazepam und Venlafaxin. Da die Wirkung von Pregabalin rasch einsetzt, erübrigt sich die überbrückende Gabe von Benzodiazepinen oder Neuroleptika. In einer weiteren Studie mit Angstpatienten

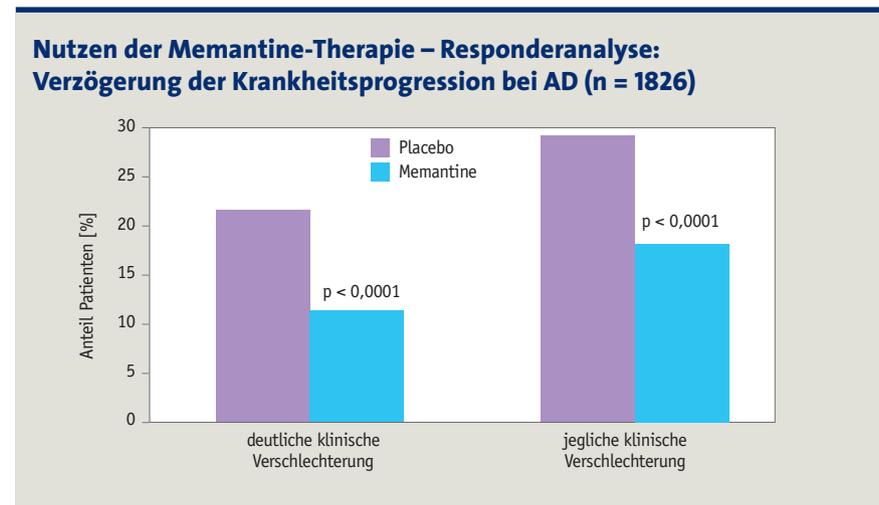
wurde gezeigt, dass Pregabalin in den Dosierungen 400 mg und 600 mg ebenso gut wirkt wie Venlafaxin und außerdem antidepressive und schlaffördernde Effekte hat. „Da Angststörungen bei bis zu 70% der Patienten zusammen mit Depressionen und Schlafproblemen auftreten, ist bei einer solchen Konstellation die kombinierte Wirkung von Pregabalin auf psychische wie auch auf somatische Beschwerden besonders vorteilhaft“, sagte Van Ameringen. Auch für ältere Patienten sei die Therapie mit Pregabalin eine Alternative zur Gabe von Antidepressiva.

bg

Symposium „Optimising care for patients with generalised anxiety disorder“ im Rahmen des 22nd ECNP Congress, Istanbul/Türkei, 13. September 2009
Veranstalter: Pfizer

Memantine in der Praxis unverzichtbar

↳ Es ist aus Sicht von Experten wie beispielsweise Prof. Hans Förstl aus München völlig unverständlich, wie das Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) in seiner Bewertung die klinische Wirksamkeit von Memantine als gegeben anerkennen, den Nutzen der Medikation aber in Frage stellen kann. Denn, so Förstl beim Kongress der DGN in Nürnberg: „Der NMDA-Antagonist verzögert die Progression der Alzheimer Demenz und wirkt sich nachweislich positiv auf die Kognition, den klinischen Gesamtzustand und die praktischen Fähigkeiten der Patienten aus.“ Das aber seien ganz wesentliche therapeutische Effekte, die direkt den Patienten wie auch deren Angehörigen und ganz allgemein den Betreuenden zugute kommen. Der klinische Nutzen von Memantine ist durch Responderanalysen, wie sie von der europäischen Zulassungsbehörde (EMA) gefordert werden, belegt. Aus Sicht der Betroffenen ist der längere Erhalt der Alltagskompetenz von entscheidender Bedeutung, betonte Gabriele Zander-Schneider von der Alzheimer Selbsthilfe e.V. Köln. „Es ist für die Angehörigen nicht bedeutsam, ob der Betreffende im Uhrenzeidentest tatsächlich eine Uhr nachzeichnen kann. Viel wichtiger ist die Frage, ob er sich noch alleine ankleiden und alleine essen kann“. In dem längeren Erhalt solcher Fähigkeiten sieht Zander-Schneider den entscheidenden Vorteil von Memantine, das zudem eine gute Verträglichkeit aufweist. Für den Wirkstoff spricht nach Dr. Gerhard Dieter Roth aus Ostfildern außerdem die Tatsache, dass es



kaum Kontraindikationen gibt und zudem das Interaktionspotenzial gering ist, ein Aspekt, der bei den fast immer multimorbiden Patienten durchaus Relevanz besitzt. „Memantine ist außerdem das einzige zugelassene und leitliniengerechte Antidemtivum, das wir bei fortgeschrittenen Stadien der Alzheimer-Demenz, also auch bei den schwer erkrankten Patienten verordnen können“, betonte Roth. Das Präparat ist aus seiner Sicht aus der Praxis nicht wegzudenken. Dies gilt umso mehr, als der Wirkstoff, der sich in verschiedenen klinischen Studien als wirksam und gut verträglich erwiesen hat, der einzige Vertreter einer eigenständigen Wirkstoffklasse mit Modulation der glutamatergen Signalübertragung ist. Er hat sich im Praxisalltag be-

währt und bietet nach Roth neben den Cholinesterasehemmern einen zweiten Hebel bei der Therapie der Alzheimer-Demenz, was auch in den nationalen sowie internationalen Leitlinien entsprechend Niederschlag gefunden hat. **cv**

Pressegespräch „Memantine-Nutzenbewertung im Versorgungskontext der Alzheimer-Demenz“ anlässlich der Jahrestagung der DGN am 24. September 2009 in Nürnberg
Veranstalter: Merz Pharmaceutical und Lundbeck

Demenz und Vitamin-B-Mangel

Homocystein gilt derzeit als der stärkste Prädiktor für kognitiven Abbau und Hirnatrophie. Eine aktuelle Studie zur Entwicklung von Risikofaktoren bei 1.368 Frauen, die über 35 Jahre lang beobachtet wurden, ergab, dass nur Homocystein mit einem erhöhten Risiko für Morbus Alzheimer assoziiert war – andere Risikofaktoren hielten der statistischen Analyse nicht stand [Zylberstein DE et al. Neurobiol Aging. 2009: Epub ahead of print]. Homocystein ist ein Labormarker für einen Mangel an Folsäure, Vitamin B12 oder B6 durch schlechte Ernährung, Resorptionsstörungen oder Medikamenteninteraktionen. Eine Interventionsstudie zeigte keinen Einfluss von B-Vitaminen auf den kognitiven Abbau von Alzheimer-Patienten [Aisen PS et al. JAMA. 2008; 00(15): 1774–83] Allerdings lief diese Studie nur über zwei Jahre und ihre Ergebnisse sind nicht eindeutig negativ. So war ein positiver Trend bei Patienten mit einem Baseline Minimal Mental Status über dem Median zu erkennen. Bei leichter kognitiver Beeinträchtigung bestehen daher wahrscheinlich bessere Chancen für die Prävention.

Nach Informationen von MEDICE

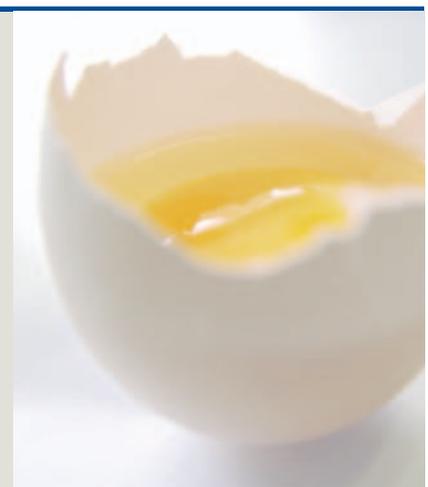


Foto: Fotolia.com/imagenation

Bayer kooperiert mit AC Immune

__ Bayer Schering Pharma wird seinen Entwicklungskandidaten Florbetaben, einen sogenannten PET (Positronen-Emissions-Tomografie)-Tracer, dem Schweizer biopharmazeutischen Unternehmen AC Immune SA für eine klinische Studie zur Verfügung stellen. In der Phase-I-Studie wird der neuartige PET-Tracer eingesetzt, um Beta-Amyloid-Ablagerungen im Gehirn von Alzheimer-Patienten sichtbar zu machen, welche mit dem therapeutischen Impfstoff ACI-24 von AC Immune behandelt werden. Damit wird Florbetaben erstmals bei der Entwicklung einer Therapieoption für Alzheimer-Patienten eingesetzt.

Nach Informationen von Bayer HealthCare

Schizophrenie: erfolgreiche Langzeitprophylaxe

__ Erstmals liegen finale Daten aus einer klinischen Studie mit Asenapin hinsichtlich der Langzeitprophylaxe von Rezidiven bei 191 Patienten mit Schizophrenie vor. Die Ergebnisse zeigen, dass am Ende der Doppelblind-Phase in Woche 52 sowohl die Zeitspanne bis zum Rezidiv als auch die Zeit bis zum Therapieabbruch unter Asenapin signifikant länger war als unter Placebo ($p < 0,0001$ beziehungsweise $p < 0,001$).

Nach Informationen von Essex Pharma

Ärzte laufen gegen Depression

__ Am diesjährigen „Ärzte-Sternlauf gegen Depression“ nahmen rund 100 Menschen teil. Veranstaltet von den Bündnissen gegen Depression aus Nürnberg, Erlangen und Fürth fand der Lauf im Rahmen des DGN-Kongresses in Nürnberg statt. Für jeden Kilometer spendete das Unternehmen Lundbeck fünf Euro. Die erlaufene Summe von 2.000 Euro erhöhte das Unternehmen auf 7.500 Euro. Der Erlös kommt der Projektarbeit der Bündnisse zugute.

Nach Information von Lundbeck

Alzheimer-Demenz: Therapie bei neuropsychiatrischen Symptomen

➔ Acetylcholinesterase-Inhibitoren (AChEI) verbessern Kognition und Alltagskompetenz von Alzheimer-Patienten. Inzwischen mehren sich auch die Hinweise dafür, dass sie darüber hinaus die neuropsychiatrischen Symptome stabilisieren oder sogar verbessern. Für Galantamin (Reminyl®) wurde in klinischen Studien eine Stabilisierung der Verhaltensstörungen nachgewiesen [Tariot PN et al. *Neurology* 2000; 54: 2269–76] oder sogar eine gegenüber Placebo signifikante Verbesserung, insbesondere in den Bereichen Angst und Apathie [Erkinjuntti T et al. *Lancet* 2002; 359: 1283–90].

Eine langfristige Behandlung mit AChEI kann die Heimeinweisung hinauszögern. Mit jedem Behandlungsjahr wird das Institutionalisierungsrisiko um 31% (Galantamin) beziehungsweise 29% (andere AChEI) reduziert [Feldman HH et al. *Int J Geriatr Psych* 2009; 24: 479–88]. Dr. Yvonne Freud-Levi, Stockholm, präsentierte die Ergebnisse einer offenen Studie, in der 100 Patienten mit kognitiven Defiziten mit Galantamin (8–24 mg/d) oder Risperidon (0,5–1,5 mg/d) behandelt wurden. Dabei verbesserte Galantamin die neuropsychiatrischen Symptome außer Aggression und Agitation ebenso gut wie das Neuroleptikum. Auch von den niedergelassenen Ärzten werden AChEI gut bewertet, berichtete Dr. Matthias Riepe, Ulm. Dies zeigen die Ergebnisse des „Survey Verhaltensstörungen Demenz 2009“ bei insgesamt 835 Ärzten. Jeder Arzt betreute durchschnittlich 75 Alzheimer-Patienten. Von diesen waren bei den Allgemeinmedizinerinnen noch 9%, bei den Nervenärzten sogar noch 28% berufstätig. Die Ärzte bewerteten AChEI sowohl zur



Foto: stockxpert.com/illusioimpl

Therapie kognitiver als auch neuropsychiatrischer Symptome als wirkungsvollste Antidementiva. Das sei gerade im Hinblick auf die gegenüber Neuroleptika bessere Verträglichkeit relevant, unterstrich Riepe. Besonders effektiv ist Galantamin (Reminyl®). Mit jedem Behandlungsjahr sinkt das Risiko für eine Heimeinweisung um 31% (Galantamin) beziehungsweise 29% (andere AChEI) [Feldman HH et al. *Int J Geriatr Psych* 2009; 24: 479–488]. **ri**

Satellitensymposium „Verhaltensstörungen bei Alzheimer-Demenz: Beeinflusst das Therapiesetting den Behandlungserfolg?“ im Rahmen des DGN-Kongresses, Nürnberg, 24. September 2009
Veranstalter: Janssen-Cilag

Methadon-Fertigarzneimittel wechselt Anbieter

Sandoz Pharmaceuticals übernimmt das Produkt Methadonhydrochlorid (Methadict®) von Hexal. Methadict® ist das einzige in Deutschland zugelassene Methadon-Fertigarzneimittel in Tablettenform. Das Arzneimittel ist indiziert zur Substitutionstherapie bei Opiat-/Opioidabhängigkeit bei Erwachsenen im Rahmen eines integrierten Behandlungskonzeptes, das die medizinische, soziale und psychologische Versorgung einbezieht. Seit dem 1. September 2009 ist Methadict® Bestandteil der Sandoz-Portfolio-Rabattverträge.

Nach Informationen von Sandoz Pharmaceuticals

NEUROTRANSMITTER

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

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

Geschäftsstelle: D. Differt-Fritz, 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) (verantwortlich), Watmarkt 9, 93047 Regensburg, Tel.: 0941 561672, Fax: 0941 52704, E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

Verlag: Springer Medizin, 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.á R. L. Die Springer Science + Business Media Finance S.á R. L. ist eine 100%-ige Tochter der Springer Science + Business Media S.A.

Geschäftsführer: Ulrich Huber, Dr. med. Dirk Einecke

Leitung Verlagsbereich III: Dr. med. Christoph Posch

Redaktion: Dr. rer. nat. Claudia Mäck (cm, Redaktionsleitung), Tel.: 089 4372-1403, Fax: 089 4372-1400, E-Mail: claudia.maeck@springer.com; Sebastian Lux (slx, -1444); Monika Hartkopf (MHa, Chefin vom Dienst, -1409); Christine Heckel (Assistenz, -1402)

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

Medical Communication: Ulrich Huber (Leitung, Anschrift wie Verlag, -13 31); Peter Urban (Anzeigenleitung, verantw., Anschrift wie Verlag, -1333, E-Mail: peter.urban@springer.com) Anzeigenpreisliste Nr. 12 vom 1.10.2008

Vertrieb: Frank Niemann (Leitung, -1411)

Abonnement: Die Zeitschrift erscheint 11-mal im Jahr. Bestellungen nimmt der Verlag unter Tel.: 06221 345-4304, per Fax: 06221 345-4229 sowie auch über das Internet unter 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 zwei Monate vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

Bezugspreise: Einzelheft: 20 EUR. Jahresabonnement: 194,40 EUR. Für Studenten/AIP: 136 EUR. Versandkosten jeweils: Inland 24 EUR, Ausland 32 EUR. Für Mitglieder des BVDN, BDN, BVDP (s. o.) und der DGPPN ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

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

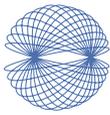
Druck: KLIEMO Printing, Hütte 53, B-4700 Eupen

Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

© Verlag Urban & Vogel GmbH, München
ISSN 1436-123X



LA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2008



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ **www.bvbn.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: Constanze 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, U. Meier
Ambulante Neurologische Rehabilitation: W. Fries
Ambulante Psychiatrische Reha/Sozialpsychiatrie: S. Schreckling
CME (Continuing 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: bvbn.bund@t-online.de
Bankverbindung:
 Sparkasse Neuss
 Kto.-Nr.: 800 920 00
 BLZ 305 500 00
BVDN Homepage: <http://www.bvbn.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; Peter Berlit, Essen; Rolf F. Hagenah, Rotenburg; Rotenburg; Paul Reuther, Bad Neuenahr
Beirat: 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. Wallech, 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
DRG: R. Kiefer

Delegierte in Kommissionen der DGN

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

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

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

BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg: Heinz Herbst
Bayern: Karl-Otto Sigel
Berlin: Walter Raffauf
Brandenburg: Martin Delf, Frank Freitag
Hamburg: Heinrich Goossens-Merkt, Peter Emrich
Hessen: Werner Wolf
Mecklenburg-Vorpommern: Liane Hauk-Westerhoff
Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf, Joachim Beutler
Nordrhein: Uwe Meier
Rheinland-Pfalz: Günther Endrass
Saarland: Joachim Eißmann
Sachsen: Elke Wollenhaupt
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Matthias Freidel
Thüringen: Barbara Schwandt
Westfalen: Klaus Gorsboth



BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

■ **www.bv-psychoiater.de**

Vorstand des BVDP

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

Schriftführer: Matthias Stieglitz, Berlin
Schatzmeister: Gerd Wermke, Homburg/Saar
Beisitzer: Uwe Bannert, Bad Segeberg; Frank Bergmann, Aachen; 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
Migrationssensible psychiatrische Versorgung: G. Sander, M. Stieglitz

Ich will Mitglied werden!

**An die Geschäftsstelle der Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP Krefeld
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Fax: 02151 45 46 925**

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag 300–500 EUR, je nach Landesverband).
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefarzte/Niedergelassene; 260 EUR für Fachärzte an Kliniken; 55 EUR für Ärzte in Weiterbildung).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BDN und BVDN** – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 485 EUR.
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP) (Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefarzte/Fachärzte an Kliniken/Niedergelassene).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BVDP und BVDN** – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 485 EUR.
- Ich wünsche die **DREIFACHMITGLIEDSCHAFT – BVDN, BDN und BVDP** – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 625 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

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

Konto-Nr.: _____

bei der _____ 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.)