

2 November 2012 _ 23. Jahrgang _ www.BVDN.de

NEUROTRANSMITTER

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

Sonderheft
des BVDP
zum Kongress der
DGPPN 2012



**Soziale Psychiatrie –
Psychosoziale Medizin**
Eine Standortbestimmung



»Die Ausbudgetierung der psychotherapeutischen Leistungen kann und soll dazu führen, dass wir nicht länger mit den Honoraren für die psychiatrischen Gespräche quasi unsere Richtlinienpsychotherapie finanzieren.«

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim
Vorsitzende des BVDP

Psychiater übernehmen gesellschaftliche Aufgaben

Auch in diesem Jahr freuen wir uns, Ihnen seitens des Berufsverbandes deutscher Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie wieder eine Sonderausgabe des NEUROTRANSMITTER anlässlich des DGPPN-Kongresses in Berlin präsentieren zu können. Die Sonderausgaben sind alljährliche Standortbestimmungen, die berufspolitische Grundsatzfragen sowie Visionen zur Weiterentwicklung von Psychiatrie und Psychotherapie beinhalten, und eignen sich daher sehr zum Sammeln. In diesem Jahr geht es sowohl um die Standortbestimmung der psychosozialen Perspektiven in unserem Gebiet, als auch um die Zukunft der psychotherapeutischen Weiterbildung in unserem Facharzt.

Einigung in den Honorarverhandlungen

In dieser Woche, in der ich dieses Editorial schreibe, kam es zu der Einigung in den Honorarverhandlungen zwischen Spitzenverband der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im erweiterten Bewertungsausschuss. Ein wesentlicher Baustein ist dabei die Ausbudgetierung der psychotherapeutischen Leistungen. Das kann und soll dazu führen, dass die schwierige Situation für uns niedergelassene Psychiater, quasi mit unseren Honoraren für die psychiatrischen Gespräche unsere Richtlinienpsychotherapie zu finanzieren, endlich aufhört!

Kostendämpfung zulasten der Patienten?

Was wir brauchen, sind ausreichend Zeit und Ressourcen für unsere schwer erkrankten Patienten! Und das nicht nur im ambulanten, sondern genauso im stationären Bereich. Es geht nicht, dass durch das neue Entgeltsystem im Krankenhaus Patienten nun noch früher aus der stationären Behandlung entlassen werden. Es geht ebenfalls nicht, dass der ohnehin unterfinanzierte ambulante Bereich alles auffangen muss, wenn die Krankenkassen unter reinen Kostendämpfungsgesichtspunkten bereits bestehende und gut funktionierende Strukturen für die Behandlung schwer psychisch Kranker zerschlagen!

Unser gesamter Versorgungsbereich braucht eine besondere Fürsorge durch die in der Gesundheitspolitik Verantwortlichen. Unsere Patienten brauchen einen besonderen Schutz. Interes-

santerweise wird dieser besondere Schutz (zumindest haben wir Psychiater das bisher immer als solchen aufgefasst) aber nun auch aus juristischer Sicht auf die Probe gestellt, denn die Einwilligungsfähigkeit des Patienten sowie deren verschiedenste Implikationen im Falle einer psychischen Störung erhalten gerade eine neue juristische Grundlage. Die Behandlung akuter schwerer psychischer Störungen wird somit derzeit durch eine gewisse Rechtsunsicherheit erschwert.

Aufgaben im Dienste der Gesellschaft

Es ist für die Politik und die Laien-Öffentlichkeit offenbar schwer, sich vorzustellen, dass es psychische Erkrankungen gibt, die den freien Willen zeitweise einschränken. Auch Jahrzehnte der verbesserten Berichterstattung über psychische Erkrankungen haben daran augenscheinlich nichts geändert. Gleichzeitig erfährt der allgemeine Begriff der „Freiheit“ eine Renaissance. Freiheit darf aber nicht verwechselt werden mit einer kritiklosen Erwartungshaltung von Selbstverantwortung. Toleranz darf nicht verwechselt werden mit Gleichgültigkeit.

Damit wir Psychiater eine gute Behandlung leisten können – voll Respekt und mit hoher Verantwortung für unsere Patienten – brauchen wir die Unterstützung der Politik. Psychiater nehmen auch durch ihr fachärztliches Tun Aufgaben im Dienste der Gesellschaft wahr, die weit über das rein somatisch-medizinische Handeln hinausgehen. Deshalb: Lassen Sie sich von diesem Kongress und von dieser Sonderausgabe inspirieren und bleiben Sie fasziniert von unserem Fach!

Es grüßt Sie herzlich,

Ihre



»Einen bloß konstruierten Gegensatz zwischen psychiatrischer Akutversorgung und Psychotherapie gilt es im Interesse unseres Fachgebietes und unserer Patienten entschieden zurückzuweisen.«

Dr. med. Uwe Bannert
Mitglied des Vorstands des BVDP

Psychiatrische Psychotherapie ist mehr als Richtlinienpsychotherapie!

Eine allgemeine Definition von Psychotherapie könnte etwa so lauten: „Psychotherapie ist die Behandlung von seelischen Störungen mit seelischen Mitteln.“ Recht verkürzt wird unter Psychotherapie jedoch heute allgemein nur die so benannte Richtlinienpsychotherapie gemäß den Psychotherapierichtlinien verstanden. Dies meint dann etwa 50 bis 80 Sitzungen, wöchentlich oder 14-tägig erbracht, und – nach gutachterlichem Genehmigungsverfahren – zulasten der Krankenkassen vergütet. Auch der Begriff Psychotherapeut scheint heute nur noch die Gruppe der psychologischen Psychotherapeuten zu meinen, ohne die große Zahl der ärztlichen Psychotherapeuten einzubeziehen, welche als Fachärzte oder als sogenannte Zusatztitler psychosomatisch und psychotherapeutisch tätig sind. Für die Patienten kann dies insofern eine irreführende Gefährdung bedeuten, als zu den überall langen Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie im Standardverfahren auch noch eine Desorientierung hinsichtlich hilfreicher alternativer Behandlungsmöglichkeiten hinzukommt.

Mehr Selbstbewusstsein!

Für uns Psychiater bedeutet dies eine besondere Herausforderung: Wir bieten im Rahmen unserer differenzierten Praxisstrukturen nicht nur ergänzende Methoden und Settings an, sondern auch eigene spezifische Ausgestaltungen psychotherapeutischer Verfahren. Dies geschieht teils implizit im Rahmen psychiatrischer Gesprächsbehandlungen, teils als Sonderformen innerhalb beantragter Richtlinienpsychotherapien. Dabei werden durchschnittlich deutlich mehr Patienten erreicht als mit dem Standardsetting.

Wir Psychiater sollten diese besonderen Behandlungsformen mit Selbstbewusstsein zu vertreten wissen und uns nicht etwa als Psychotherapeuten zweiter Wahl in die Defensive drängen lassen. Der besondere Wert ärztlicher beziehungsweise psychiatrischer Psychotherapie liegt eben in diesen Sonderformen, die

eingebettet sind in erreichbare Praxisstrukturen mit offenen Sprechstundenzeiten und Personalbesetzung. Von allen Psychotherapeuten gleich welcher Fachgruppenzugehörigkeit sollten wir uns zukünftig ebenso variable Angebote wünschen, mit Einbezug von Psychosomatik, Entspannungsverfahren, Kriseninterventionen und niederfrequenten Behandlungsverfahren. Nur dann kann der vorhandene gewachsene Behandlungsbedarf überhaupt nur annähernd sichergestellt werden.

Einen bloß konstruierten Gegensatz zwischen psychiatrischer Akutversorgung und Psychotherapie gilt es im Interesse unseres Fachgebietes und unserer Patienten entschieden zurückzuweisen. Ich wünsche allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern auf diesem größten deutschsprachigen Psychiatriekongress auch zu diesem Brennpunkt interessante Anregungen, einen lebendigen Gedankenaustausch und eine kritische Selbstreflexion.

Der BVDP, der Berufsverband der niedergelassenen Psychiater, begrüßt Sie recht herzlich zum DGPPN-Kongress in Berlin!

Ihr

- 3 Editorial
- 5 Grußwort

Beruf Aktuell

- 8 Ziele und Strategien des BVDP
- 12 Aktuelle Stellungnahmen aus BVDN und BVDP
 - __ Honorarkompromiss
 - __ PsychEntgelt ist abzulehnen
 - __ Medikamentöse Behandlung von Erwachsenen mit ADHS
- 17 Weniger Pauschalen, mehr Gesprächsleistungen
Interview mit Dr. Andreas Köhler zum neuen EBM
- 21 G-BA-Beschluss zur ambulanten neuropsychologischen Therapie
- 24 Junge Psychiater – Herausforderungen und Perspektiven
Nachwuchsförderung der DGPPN
- 27 Modular strukturierte Psychotherapie-Weiterbildung
Curriculum zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- 29 Direktausbildung zum Psychotherapeuten

Fortbildung

- 32 Psychotherapeutische Versorgung in Deutschland
Eine Bestandsaufnahme
- 38 Rationierung bei Patienten mit Schizophrenie
Mindestens 100 Millionen € fehlen!
- 42 Das Soziale in der Psychiatrie – schon wieder Stiefkind
Sozialpsychiatrie in Deutschland
- 47 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung für Erwachsene!
Interdisziplinäre Versorgung fördern

- 7 Impressum
- 49 Pharmaforum
- 52 Verbandsservice

Sozialpsychiatrie mit Leben füllen

Die universitäre Sozialpsychiatrie erlebt hierzulande gegenwärtig einen Niedergang. Was sind die Gründe hierfür und warum tut sich Deutschland im internationalen Vergleich insgesamt so schwer mit diesem Fach? Die Sozialpsychiatrie nimmt im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie derzeit einen zu geringen Stellenwert ein, woran auch Verträge zur integrierten Versorgung nichts ändern. Kann eine Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, wie es sie im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt, ein Ausweg sein? Diese Sonderausgabe des NEUROTRANSMITTER zum DGPPN-Kongress 2012 versucht, Impulse und Denkanstöße zu geben.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. Gunter Freese (Leitung)
Telefon: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435
E-Mail: gunter.freese@springer.com
Monika Hartkopf (CvD, -1409)
E-Mail: monika.hartkopf@springer.com

Schriftleitung dieser Sonderausgabe:

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

Der BVDP

Zielsetzungen und Strategien

Einer immer noch großen Anzahl Nervenärzte steht eine wachsende Zahl von Fachärzten der Neurologie beziehungsweise Psychiatrie und Psychotherapie gegenüber. Neben dem Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) vertritt der Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP) die Interessen der Fachärzte für Psychiatrie/Psychotherapie. Wir stellen uns und unsere Arbeit vor.

Unser Fachgebiet wandelt sich. Ausgehend von dem Gebiet Nervenheilkunde entwickelte sich durch die Spezialisierung und wissenschaftliche Weiterentwicklung in den letzten Jahrzehnten eine zunehmend größere Anzahl von Einzelfachärzten für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie. Während die wissenschaftlichen Fachgesellschaften bereits eine relativ klare Trennung in „Deutsche Gesellschaft für Neurologie“ (DGN) und „Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde“ (DGPPN) vollzogen haben,

sind im vertragsärztlichen Bereich die Nervenärzte oder Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie noch zahlenmäßig mit circa 2.500 Kollegen am häufigsten vertreten. Die Fachärzte für Neurologie und die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie holen aber mittlerweile etwa 1.000 Neurologen und 1.400 Psychiatern deutlich auf.

20 Jahre Einzelfachärzte

Diese Entwicklung war vorhersehbar, als 1992 der Deutsche Ärztetag die Änderung der Musterweiterbildungsordnung

beschloss und den Nervenarzt zugunsten der Einzelfachärzte abschaffte. Gleichzeitig wurde die Psychotherapie integraler Bestandteil des Facharztes für Psychiatrie. So wurden in den Jahren 2000 und 2001 aus der „Sektion Neurologie“ und der „Sektion Psychiatrie“ des BVDN die Berufsverbände BDN und BVDP gegründet, um den Fachärzten für Neurologie beziehungsweise den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie eine berufspolitische Heimat zu bieten. Weiterhin sind jedoch Neurologen, Nervenärzte und Fachärzte für Psychiat-

Wer ist wer – der BVDP im Überblick

Geschäftsstelle des BVDP, des BVDN und des BDN
Gut Neuhoof
Am Zollhof 2a, 47829, Krefeld
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de



Leiterin der Geschäftsstelle:
Dagmar Differt-Fritz



Mitarbeiter:
Thorsten Seehagen

Vorstand des BVDP

Vorsitzende:
Dr. med.
Christa Roth-Sackenheim
c@dr-roth-sackenheim.de



Stellvertreter Vorsitzender:
Dr. med. P.-Christian Vogel
praxcvogel@aol.com



Kassenwart:
Dr. med. Oliver Biniasch
psypraxingo@t-online.de



Schriftführerin:
Dr. med. Sabine Köhler
sab.koehler@web.de



Beisitzer
Dr. med. Frank Bergmann
bergmann@bvdn-nordrhein.de



Beisitzer
Dr. med. Greif Sander
dr.sander@wahrendorff.de



Beisitzer
Dr. med. Uwe Bannert
uwe.bannert@kvsh.de

rie und Psychotherapie in einer gemeinsamen Bedarfsplanungsgruppe zusammengefasst.

In allen relevanten Gremien vertreten

Zusammenarbeit wird zwischen den drei Verbänden sehr groß geschrieben. Zu wichtigen berufspolitischen Ereignissen oder Fachgesprächen gehen alle drei Verbände gemeinsam, wichtige Themen werden gemeinsam erörtert und abgestimmt.

In folgenden Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung ist der BVDP vertreten:

1. Gemeinsamer Bundesausschuss:

- Unterausschuss Psychotherapie
- Arbeitsgruppe zur Überprüfung der Richtlinienverfahren
- Arbeitsgruppe Ambulante Neuropsychologie

2. Bundesärztekammer:

- Zusammenarbeit mit dem
 - GOÄ-Ausschuss,
 - Weiterbildungsausschuss,
- Mitglied im Sprecherrat der Ständigen Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände
- Mitglied der Akademie der Gebietsärzte

3. Kassenärztliche Bundesvereinigung:

- Regelmäßige Anwesenheit (je viermal jährlich) anlässlich der
 - Vertreterversammlungen
 - Konzertierte Aktionen der KBV mit den Berufsverbänden
- Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie
- Zusammenarbeit mit
 - der Vertragswerkstatt der KBV (Selektivverträge nach § 73 c)
 - der Arbeitsebene der KBV anlässlich Weiterentwicklung des EBM
 - Teilnahme an den Verhandlungen zur Neugestaltung des dreiseitigen Vertrags zu Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 b als Sachverständige im Auftrag der KBV

Außerdem ist der BVDP Mitglied in der Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände GfB und hat sich auch als Mitglied in der Allianz der Verbände anlässlich der Honoraraktionen im Herbst 2012 beteiligt.

Der BVDP ist Vorstandsmitglied und kooperierender Verband der DGPPN und

BVDP-Landessprecher

Die regionale Arbeit des BVDP wird durch Landessprecher in jedem Bundesland geleistet. Die Landessprecher sind Mitglied im Vorstand des jeweiligen BVDN-Landesverbandes.



Bayern
Dr. med. P.
Christian
Vogel
Praxcvogel@
aol.com



Baden-Württemberg
Dr. med.
Thomas Hug
hug.hug-pa@
t-online.de



Berlin
Dr. med. Nor-
bert Mönter
dr.moenter@
psychiatrie-in-
berlin.de



Brandenburg
Dr. med.
Delia Peschel
delip@web.de



Hamburg
Dr. med. Ute
Bavendamm
dr.bavendamm.
strobels@
freenet.de



Hessen
Dr. med.
Reinhard
Naumann
naumann-
psychiatrie@
t-online.de



Mecklenburg-Vorpommern
Dr. med. Ch.
Lehmann
Christine-
Lehmann-
Rostock@
t-online.de



Niedersachsen
Dr. med.
Norbert
Mayer-Am-
berg
mamborg@
htp-tel.de



Nordrhein
Dr. med. Chris-
tian Raida
praxis@
dr-raida.de



Westfalen
Dr. med.
Rüdiger Saß-
mannshausen
sassmannshb
vdn@aol.com



RLP
Dr. med. Wolf-
gang Roßbach
W.Rossbach@
gmx.de



Saarland
Dr. med. Gerd
Wermke
gerdwermke@
hotmail.com



Sachsen
Dr. med. Ulrike
Bennemann
ubenne-
mann@
psychiatrie-
leipzig.de



Sachsen-Anhalt
Dr. med.
Regina Nause
praxis.
landwehr@
freenet.de



Schleswig-Holstein
Dr. med. Uwe
Bannert
Uwe.Bannert@
t-online.de



Thüringen
Dr. med.
Sabine Köhler
sab.koehler@
web.de

Ein Landessprecher für das Bundesland Bremen ist derzeit nicht nominiert.

Termine DGPPN-Kongress 2012 in Berlin

Mittwoch, 21.11.2012

15.30–17.00 Uhr, Saal Stockholm 3

DF-002 Diskussionsforum:

Lage der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland

Vorsitz: S. C. Herpertz (Heidelberg)

Ko-Vorsitz: P. Falkai (München)

Diskutant: C. Roth-Sackenheim (Andernach)

Donnerstag, 22.11.2012

13.30–15.00 Uhr, Raum 43

S-081 Symposium: Herausforderung Psychiatrie in der primärärztlichen Versorgung

Vorsitz: D. E. Dietrich (Hildesheim)

Ko-Vorsitz: C. Goesmann (Hannover)

004, Vortrag im Symposium, Kooperation zwischen Hausärzten und psychiatrisch/nervenärztlich/psychotherapeutisch tätigen Fachärzten

Autor: C. Roth-Sackenheim (Andernach)

19.00–21.00 Uhr, Saal Stockholm 3

B-007 Besondere Veranstaltung: DGPPN Mitgliederversammlung

Vorsitz: P. Falkai (München),

W. Maier (Bonn)

Speaker: C. Roth-Sackenheim (Andernach)

Freitag, 23.11.2012

10.15–11.45 Uhr, Saal 6

S-119 Symposium: Drängende Fragen der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung

Vorsitz: C. Roth-Sackenheim (Andernach)

Ko-Vorsitz: C. Vogel (München)

13.30–15.00 Uhr, Halle 15.1

P-038 Posterpräsentationen:

Versorgungsforschung I

Vorsitz: C. Roth-Sackenheim (Andernach)

15.30–17.00 Uhr, Saal 5

S-146 Symposium: Frischer Facharzt – was nun? Optionen der Niederlassung und der klinischen Laufbahn

Vorsitz: B. Malchow (Göttingen)

Ko-Vorsitz: C. Roth-Sackenheim (Andernach)

003, Vortrag im Symposium, Niederlassungsmanagement

Autor: C. Roth-Sackenheim (Andernach)

19.00 Uhr, Salon 18/19

BVDP-Mitgliederversammlung

Samstag, 24.11.2012

10.15–11.45 Uhr, Saal 6

S-173 Symposium: Sozialpsychiatrievereinbarung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ein Modell für die psychiatrische Praxis?

Vorsitz: G.-E. Trott (Aschaffenburg)

Ko-Vorsitz: C. Roth-Sackenheim (Andernach)

Das gesamte Kongressprogramm sowie alle Abstracts finden Sie im Internet unter www.dgppn.de

mäßig Veranstaltungen zum Thema Netzgründung an.

Selektivverträge

Seit 2003 ist der BVDP aktiv an der Entwicklung und Weiterentwicklung strukturierter Behandlungspfade für Verträge der integrierten Versorgung beteiligt. Damals wurde das Rahmenkonzept der integrierten Versorgung bei Depression unter dem Dach der DGPPN erstellt, das bis heute Grundlage vieler Vertragsverhandlungen ist. Weiterhin war die Bereitstellung einer Administrations- und Managementstruktur durch die Managementgesellschaft Cortex notwendig.

Ein berufspolitisches Ziel des BVDP ist es, Selektivverträge zu initiieren, die allen Mitgliedern einen Zugang ermöglichen und die nicht bereinigt – also on top vergütet – werden.

Was wir ausdrücklich ablehnen, sind Bonussysteme, die die Verordnung bestimmter Arzneimittel „belohnen“ sollen.

Honoraraufwertung psychiatrisches Gespräch

Dieses Thema ist eine never ending Story. Wir berichten darüber regelmäßig im NEUROTRANSMITTER.

Weitere Service-Leistungen

Die gemeinsame Geschäftsstelle von BVDP, BVDN und BDN ist zentraler Ansprechpartner für Mitglieder und Öffentlichkeit.

Zu Themen des Qualitätsmanagements und der Zertifizierung kooperiert der BVDP mit der QM-Akademie Athene, zur Abwicklung von Verträgen mit der Cortex Management-Gesellschaft. Für juristische Belange steht dem BVDP Dr. Ingo Pflugmacher zur Verfügung.

aktiv an der Gestaltung und Durchführung des DGPPN-Kongresses beteiligt.

Der BVDP nimmt zudem teil an der Leitlinienentwicklung für die Indikationen Depression, Schizophrenie, Bipolare Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Alkohol, Tabak, Psychosoziale Therapien.

Berufspolitische Strategien und Ziele

Netzgedanke

Der BVDP hat bereits früh die Bildung von Netzen in der Patientenversorgung

bei neurologischen und psychiatrischen Störungen sowie die Zusammenarbeit der Professionen unterstützt. Dies war angesichts des Ärztemangels und der steigenden Versorgungslast in unserem Gebiet dringend notwendig. Gleichzeitig konnte so die Plattform für Verhandlungen mit Krankenkassen auf regionaler Ebene geschaffen werden. Der BVDP unterstützt die Initiierung, Beratung und Begleitung von Netzen und vermittelt entsprechende professionelle Expertise (z.B. juristisch und betriebswirtschaftlich). Der BVDP bietet außerdem regel-

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach
für den Vorstand des BVDP

Stellungnahme

Honorarkompromiss

© Fotowerk / Fotolia.com



Am 9. Oktober 2012 einigten sich Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband im Honorarstreit. Der Kompromiss sieht vor, dass die Vertragsärzte im kommenden Jahr 1,15 bis 1,27 Milliarden € mehr erhalten.

Das beinhaltet der Honorarkompromiss zwischen KBV und Spitzenverband der Krankenkassen im Einzelnen:

1. Die bundesweite Honorarsteigerung für das Jahr 2013 beträgt je nach Region 3,6 % bis 3,9 % der bisherigen Gesamtvergütungen.
2. Die Richtlinienpsychotherapie wird fast vollständig extrabudgetär bezahlt. Das betrifft die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen (Kapitel 35.2) aller Vertragsärzte sowie die probatorischen Sitzungen (EBM-Ziffer 35150) der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen, wozu Nervenärzte und Psychiater gehören. Weiterhin gehören Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten und nichtärztliche Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten dazu. Für die Ausdeckelung der probatorischen Sitzungen der genannten Arztgruppen gibt es eine Bereinigung der übrigen Gesamtvergütung, das heißt, das Geld, was in 2012 für probatorische Sitzungen verwendet wurde, wird dem bisherigen fachärztlichen Vergütungsanteil abgezogen. Weiterhin wurde eine Obergrenze von 1.150 neuen Zulassungen für Psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der neuen Bedarfsplanungsregelungen festgelegt.
3. Folgende Struktureffekte wurden vereinbart:

- Ab 2014 wird in einem jährlichen standardisierten Anpassungsverfahren der Orientierungspunktwert weiterentwickelt. Eine Bindung an eine nachzuweisende Kostensteigerung in den Praxen entfällt.
- Bisher ausgedeckelte Leistungen bleiben ausgedeckt (z. B. Notfalldienst).
- EBM-Reform: Ab 1.1.2013 wurden für neue Leistungen 250 Millionen € neu sockelwirksam zur Stärkung wohnortnaher haus- und fachärztlicher Grundversorgung eingestellt.
- Beschluss zur Förderung der Versorgung multimorbider Patienten („mindestens drei chronische Erkrankungen“) im hausärztlichen Bereich. Der Bewertungsausschuss wird die relevanten chronischen Erkrankungen noch benennen.

Erfolg der Ärzteschaft

Man muss davon ausgehen, dass es wesentlich den Aktionen und Protestmaßnahmen der Vertragsärzte zu verdanken ist, dass sich der Spitzenverband der Krankenkassen in den Verhandlungen deutlich mehr als ursprünglich zu erwarten bewegt hat und dieses Ergebnis nun zustande gekommen ist. Obwohl mittlerweile wieder mehr unter den Arztgruppen und den verschiedenen Allianzen und Gruppierungen gestritten und das Ergebnis der Verhandlungen unter-

schiedlich bewertet wird, ist eines ganz klar geworden: Die Ärzteschaft hat in einer bisher nicht gekannten Einigkeit zusammengestanden und ihre Tätigkeit und ihr Selbstverständnis als Ganzes erfolgreich verteidigt. In den vergangenen Wochen hat sich hier eine neue Struktur gebildet, die als Dachorganisation auf einer Ebene zwischen KBV und den verschiedenen Berufsverbänden angesiedelt werden kann und die mindestens 30 Verbände umfasst. Es gab eine eigene Pressearbeit und eine sehr enge Abstimmung dieser Allianz der 30 Verbände in regelmäßigen Telefonkonferenzen.

Ausblick

Man darf erwarten, dass sich diese Allianz auch in zukünftigen Aktionen mit weiteren notwendigen Schritten zur Umsetzung unserer Forderungen öffentlichkeitswirksam aufstellen wird. Die weiteren Forderungen sind insbesondere:

- Anhebung Orientierungspunktwert
- Verbesserungen im Bereich der Vergütung des nicht vorhersehbaren Behandlungsbedarfs

Bitte unterstützen Sie auch weiterhin die künftigen Aktionen. Unsere Verbände werden Sie erneut zeitnah informieren. □

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Vorsitzende des BVDP
E-Mail: c@dr-roth-sackenheim.de

Stellungnahme

PsychEntgelt ist abzulehnen

Die Berufsverbände der Nervenärzte und der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie lehnen die Einführung eines neuen Entgeltsystems in Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychosomatik ab.

Die Berufsverbände der niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie BVDP sowie für Nervenärzte BVDN beobachten die Bestrebungen zur Einführung eines neuen Entgeltsystems in Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychosomatik mit allergrößter Sorge, da das Entgeltsystem zu einer Verschlechterung der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen führen wird.

Abbau stationärer Ressourcen problematisch

Die Psychiatrie-Enquete brachte bereits vor 40 Jahren mit der Forderung nach gemeindenaher Psychiatrie einen enormen Wandel in der Versorgungslandschaft von Menschen mit psychischen Störungen in Gang. Es wurden über 60% aller psychiatrischen Klinikbetten abgebaut, allerdings ohne die entsprechenden

Ressourcen im ambulanten Bereich vorzusehen. Das aktuell geplante Entgeltsystem zeigt Grundzüge des DRG-Systems, wie es im somatischen Bereich bereits eingeführt ist. Dieses schafft starke finanzielle Anreize, die stationäre Behandlung so kurz wie möglich zu halten. Die erforderliche Stabilisierungszeit, (z.B. nach einer akuten Psychose) ist so nicht einzuhalten. Die hierdurch entstehenden gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen und ihre Angehörigen sowie die Folgekosten in anderen sozialen Sicherungssystemen finden jedoch keine Berücksichtigung. Der gleichermaßen hoffnungslos unterfinanzierte ambulante vertragsärztliche Sektor (Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenärzte) würde durch zu frühe Entlassungen mit nachfolgendem erhöhtem Versorgungsbedarf eine zusätzliche Belastung erfahren.

Die Berufsverbände BVDP und BVDN lehnen das Entgeltsystem in der jetzigen Form mit aller Entschiedenheit ab, da es

- das Ziel des Gesetzgebers laut § 17 KHG verfehlt,
- den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker nicht Rechnung trägt,
- zur Stigmatisierung psychisch Kranker beiträgt und
- die bereits bestehende Unterversorgung in fahrlässiger Weise zu verschärfen droht. □

AUTOREN

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen
1. Vorsitzender BVDN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Vorsitzende des BVDP

Stellungnahme

Medikamentöse Behandlung von Erwachsenen mit ADHS

Die wegen einer ADHS behandelten Kinder und Jugendlichen werden erwachsen und immer häufiger wird das Syndrom auch bei Erwachsenen diagnostiziert. Dem steigenden Versorgungsdruck müssen sich auch niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie stellen.

Die Behandlung von Erwachsenen mit ADHS, sei es bei bereits im Jugendalter begonnener Therapie oder bei Erstdiagnose im Erwachsenenalter, ist eine neue Herausforderung für niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Einerseits wird diese von den Patienten häufiger nachgefragt, die sich

im Erwachsenenalter möglicherweise von ADHS betroffen fühlen und den Facharzt um Rat fragen. Zum anderen kommen oft erwachsen gewordene Kinder mit ADHS, die bisher in den Ambulanzen oder Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt wurden, in die Praxis und suchen nach einer Weiterbehandlung.

Es kommt hier ein enormer Versorgungsdruck auf die Praxen zu. Bei vielen niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie oder Nervenärzten besteht trotz guter Evidenz eine gewisse Scheu, die Behandlung zu übernehmen. Das mag vielerlei Gründe haben: Zum einen muss Methyphenidat auf BTM-

Zentrales ADHS-Netz

Das „zentrale adhs-netz“ ist ein bundesweites Netzwerk zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS. Das Netzwerk richtet sich sowohl an Experten als auch an Betroffene, ihre Angehörigen und Bezugspersonen sowie die Öffentlichkeit.

www.zentrales-adhs-netz.de

Versorgung sichern!

Es ist wissenschaftlich sehr gut belegt, dass bei einem beträchtlichen Anteil der Patienten die ADHS-Symptomatik bis ins Erwachsenenalter hinein persistiert und dass diese Erwachsenen erhebliche Einschränkungen in ihrem psychosozialen Funktionsniveau und ihrer Partizipationsfähigkeit aufweisen [9]. Die zur Verfügung stehenden gut validierten diagnostischen Verfahren zur Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter werden noch nicht systematisch und flächendeckend eingesetzt. Auch die medikamentöse Langzeitbehandlung bereits eingestellter Patienten bedarf der Verbesserung. Des Weiteren ist die Versorgung von Erwachsenen mit ADHS durch ein therapeutisches Gesamtkonzept noch nicht flächendeckend gesichert. Weitere Behandlungsoptionen wie Psychoedukation, Verhaltenstherapie, Überwachung und Anpassung der medikamentösen Therapie bedürfen ebenfalls der besseren Etablierung in der Versorgung in der Fläche. Wir Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie müssen uns dieser Patientengruppe verstärkt annehmen! □

Rezept verordnet werden und löst damit beim Verordner ein gewisses „Ausnahme-Gefühl“ aus. Zum anderen bestimmen immer noch viele Mythen und falsche Informationen die öffentliche Diskussion. Diese werden dann in der Sprechstunde von Betroffenen und Angehörigen thematisiert. Kritiker untermauern dabei Einzelmeinungen häufig mit scheinwissenschaftlichen Belegen, so dass die Öffentlichkeit schwer zwischen dem auf wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen basierenden Konsens der Fachwelt und Außenseitermeinungen unterscheiden kann.

Diskussion versachlichen!

Der BVDP ist Mitglied im zentralen ADHS-Netz (siehe Kasten) und verantwortlich für die folgenden Empfehlungen, die auf der genannten Seite erhältlich sind. Bitte tragen Sie als Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenärzte dazu bei, durch wissenschaftlich fundierte Information von Betroffenen und Angehörigen die Diskussion zu versachlichen. Dazu beitragen können:

- Das Eckpunktpapier der interdisziplinären Konsensuskonferenz des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS, das auch Grundlage der Arbeit des zentralen ADHS-Netzes ist.
- Die Leitlinien der European ADHD Guidelines Group:

- European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade [1]
- Leitlinien zur langwirksamen Medikation [2, 3, 4]
- Leitlinie zu Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie [5]
- Leitlinien der DGPPN zu ADHS bei Erwachsenen [6]
- Stellungnahme der Bundesärztekammer zur ADHS vom 26.8.2005 [7]
- Stellungnahme des Arzneimittelausschusses (CHMP) der Europäischen Arzneimittelbehörde EMA zur Änderung der Produktbeschreibungen methylphenidathaltiger Arzneimittel [8]

Zugelassen bei Erwachsenen seit einem Jahr

Medikinet adult (Wirkstoff Methylphenidat) ist seit 2011 die bislang einzige zugelassene Medikation zur Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter. Nur bei diesem Medikament ist die Kostenübernahme durch die Krankenkasse generell gesichert, im Gegensatz zu Strattera (Wirkstoff Atomoxetin) und Concerta (Wirkstoff Methylphenidat), bei denen eine (Weiter-)Verordnung nur möglich ist, wenn bereits im Kindes- und Jugendalter eine Behandlung stattgefunden hat. Es ist zu hoffen, dass mit dieser Entwicklung eine Verbesserung der Versorgung bei ADHS im Erwachsenenalter erreicht werden kann.

LITERATUR

1. Taylor E et al. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2004; 13 (1): 17–30
2. Banaschewski T et al. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2006; 15: 476–95
3. Banaschewski T et al. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2008; 36: 81–94
4. Banaschewski T et al. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2008; 36: 97–106
5. Graham J et al. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2011; 20: 17–37
6. Ebert D et al Nervenarzt 2003; 74: 939–46
7. www.bundesaeztekammer.de, Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen, Abschnitt Empfehlungen, Stellungnahmen
8. www.emea.europa.eu, Abschnitt Human medicines/methylphenidate, Empfehlungen der CHMP vom 21.1.2009
9. Krause J, Krause KH. ADHS im Erwachsenenalter: Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen, Schattauer; 3. Aufl. 2009

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Vorsitzende des BVDP
E-Mail: c@dr-roth-sackenheim.de

Dr. Andreas Köhler über den neuen EBM

Weniger Pauschalen, mehr Gesprächsleistungen

Der zukünftige „Einheitliche Bewertungsmaßstab“ (EBM) soll stärker morbiditätsorientiert und weniger pauschaliert sein. Das kündigte Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Interview an.

? Die KBV hat bereits konkrete Vorstellungen zur Weiterentwicklung des EBM. Welche Grundsätze verfolgt die KBV dabei?

Dr. Andreas Köhler: Die Weiterentwicklung des EBM ist eine wichtige Baustelle, um die Vergütung für Vertragsärzte und -psychotherapeuten angemessener zu gestalten. Dafür wollen wir unter anderem die Morbidität besser im EBM abbilden. Das Versorgungsstrukturgesetz gibt uns die Möglichkeit, morbiditätsspezifische Zuschläge zu definieren. Beispielsweise könnten diese Zuschläge für besondere Krankheitsanlässe wie COPD oder Diabetes anfallen, wenn der Patient einen hohen Beratungsbedarf hat.

Wir wollen außerdem wieder mehr Einzelleistungen einführen, die wir aus den Pauschalen herauslösen. Das wird vor allem Leistungen betreffen, die wir vor der Pauschalierungswelle schon hatten. Diese Leistungen müssen wieder differenziert vergütet werden.

? Warum soll die Entwicklung wieder weg von den Pauschalen hin zu Einzelleistungen gehen?

Dr. Andreas Köhler: Die Einzelleistungen helfen uns dabei, die Entwicklung der Versorgung zu messen. Das ist von grundsätzlicher Bedeutung, weil das Gesetz sagt, dass die Gesamtvergütung mit dem Behandlungsbedarf mitwachsen soll. Solange aber eine Vielzahl von Leistungen in den Pauschalen verschwinden, sind die Abrechnungen über die Gebührenordnungspositionen – aus denen zusammen mit den ICD-Kodierungen der Behandlungsbedarf ermittelt wird – derzeit ein nur unzureichendes Messinstrument. Aus dem gleichen Grund wollen

wir die Pauschalen nach behandlungsspezifischen Anlässen differenzieren. So soll das Alter der Patienten etwas genauer als in den jetzigen drei Altersklassen in die Pauschalen Eingang finden. Darüber hinaus könnte je nach dem, ob ein Patient neu erkrankt ist oder zu einer Folgebehandlung erscheint, eine Pauschale unterschiedlich ausfallen und auch eine zeitaufwändige Erstanamnese höher vergütet werden.

? Wird die Überarbeitung des EBM auch zu Verschiebungen zwischen den Fachgruppen führen?

Dr. Andreas Köhler: Bei der Überarbeitung des EBM werden wir kapitelweise, das heißt fachgruppenbezogen, vorgehen. Umverteilungen zwischen den Kapiteln werden wir vermeiden. Wenn Anpassungen nötig sein sollten, finanzieren wir sie aus Zuwächsen der Gesamtvergütung.

? Wie stehen die Krankenkassen zu Ihren Vorstellungen?

Dr. Andreas Köhler: Die Krankenkassen, mit denen wir im Bewertungsausschuss verhandeln, haben ihre grundsätzliche Bereitschaft zu einer Veränderung des EBM signalisiert, allerdings unter der Bedingung einer strikten Ausgabenneutralität für die nächsten Jahre. Tatsache ist jedoch, dass sowohl der kalkulatorische Arztlohn als auch die Berechnungsgrundlage für Praxiskosten, etwa für Personal und Geräte, dringend angepasst werden müssen. Beides ist seit etwa zehn Jahren unverändert. Dabei steht den Ärzten ein Inflationsausgleich qua Gesetz ausdrücklich zu. Es gibt also noch



Dr. med. Andreas Köhler
Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung
seit dem Jahr 2005

»Tatsache ist, dass sowohl der kalkulatorische Arztlohn als auch die Berechnungsgrundlage für Praxiskosten, etwa für Personal und Geräte, dringend angepasst werden müssen. Beides ist seit etwa zehn Jahren unverändert. Dabei steht den Ärzten ein Inflationsausgleich qua Gesetz ausdrücklich zu.«



© Joachim Wendler / Fotolia.com

Aktuelle EBM-Versionen im Internet

Die KBV stellt die jeweils aktuellen Arbeitsversionen des Gesamt-EBM- und der Arztgruppen-EBM-Versionen (im PDF-, CHM- sowie HTML-Format) im Internet zur Verfügung. Zu beachten ist:

- Änderungsbeschlüsse des Bewertungsausschusses sind erst mit Verzögerung enthalten.
- Rechtssicher sind die Angaben nur, wenn die Beschlüsse des Bewertungsausschusses im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurden.

www.kbv.de/8413.html

erheblichen Abstimmungsbedarf zwischen den Kassen und der KBV.

? *Der BVPD setzt sich seit langem dafür ein, die Gesprächsleistungen der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie im EBM besser darzustellen. Wie würde das künftig im EBM umsetzbar sein?*

Dr. Andreas Köhler: Auch hierfür lassen sich Einzelleistungen nutzen, gerade den Gesprächsleistungen wollen wir insgesamt wieder zu mehr Geltung im EBM verhelfen. So können wir die „sprechen-de“ Medizin insgesamt und auch für Psychiatrie sowie Psychotherapie im EBM besserstellen.

? *Welche Ziele verfolgt die KBV bezüglich der Finanzierung von Richtlinienpsychotherapie?*

Dr. Andreas Köhler: Der Bedarf der Versicherten an Leistungen der Richtlinienpsychotherapie steigt erheblich. In zehn Jahren haben sich die Ausgaben hierfür mehr als verdoppelt: von 650 Millionen € im Jahr 1999 auf knapp 1,5 Milliarden € im Jahr 2010. Finanziert werden diese Leistungen aber aus dem fachärztlichen Budget, das durch den stetig steigenden Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen in nicht mehr tolerierbarem Ausmaß abschmilzt. Deshalb fordern wir eine gesetzliche Grundlage, um antrags- und genehmigungspflichtige Richtlinienpsychotherapie in die extrabudgetäre Gesamtvergütung überführen zu können. Das ist

per Beschlusslage auch die Forderung unserer Vertreterversammlung: Probatorische Sitzungen und andere für die Einleitung und Fortführung einer Psychotherapie notwendige Leistungen sollen spätestens ab dem Jahr 2013 außerhalb der Gesamtvergütung gezahlt werden. Nur so können wir die notwendige psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung weiterhin finanzieren, ohne die medizinische Versorgung auszubluten. Allerdings soll dabei der G-BA den gesetzlichen Auftrag erhalten, die Psychotherapierichtlinie im Hinblick auf die Erfüllung der Anforderungen von Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der psychotherapeutischen Leistungen zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen. Die KBV diskutiert derzeit intensiv mit der Politik und dem Bundesgesundheitsministerium über einen Gesetzgebungsvorschlag. Erste Signale aus den Parteien der Regierungskoalition waren positiv, das Ministerium reagierte weniger ermutigend. Wir gehen aber davon aus, dass hier das letzte Wort noch nicht gesprochen ist.

? *Die KBV hat im Vorfeld zum Psych-EntgG für psychiatrische und psychosomatische Kliniken differenziert Stellung genommen. Wie schätzt die KBV nach Verabschiedung des Gesetzes dessen Auswirkungen auf den ambulanten Sektor ein?*

Dr. Andreas Köhler: Das Gesetz sieht vor, ein tagespauschaliertes Entgeltsystem einzuführen. Der Begründung nach soll dies die Zusammenarbeit des stationären und des vertragsärztlichen Sektors bei der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung optimieren. Vor allem sektorenübergreifende Versorgungsmöglichkeiten sollen so leichter umsetzbar sein. Diesem Anspruch wird das Gesetz jedoch nicht gerecht. Es ist sogar möglich, dass es neue Reibungen zwischen den Sektoren erzeugt.

? *Wie könnte eine Lösung im Sinne der KBV aussehen?*

Dr. Andreas Köhler: Wie das Entgeltsystem im Detail aussehen wird, sollen der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV), der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) entwickeln; die Ver-

tragsärzteschaft ist ausgeschlossen. Um eine sektorverbindende Lösung zu finden, ist dies kontraproduktiv. Insbesondere, da das Gesetz das tagesgleiche Entgeltsystem nicht nur für vollstationäre psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen einführt, sondern auch für kurzstationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungsfälle. Sinnvoll wäre, das System zunächst auf die vollstationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung zu begrenzen und den Selbstverwaltungspartnern der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung KBV, GKV-SV und DKG einen Entwicklungsauftrag für die einheitliche Abbildung und Vergütung an der ambulant/stationären Schnittstelle zu geben. In die geplanten Modellvorhaben müssten die Kassenärztlichen Vereinigungen einbezogen werden.

Problematisch kann sich auch auswirken, dass psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser beziehungsweise Fachabteilungen zukünftig auf diesem Gebiet institutsambulant behandeln dürfen, ohne dass vorher der tatsächliche Versorgungsbedarf ermittelt wurde. Insbesondere hätte der Gesetzgeber die Existenz einer örtlich bereits ausreichenden ambulanten Versorgung prüfen lassen müssen. Das ist nicht nur kontraproduktiv, sondern kann auch Konflikte fördern.

? *Was können die Berufsverbände und die KBV gemeinsam tun, um dem wachsenden Versorgungsdruck bei psychischen Erkrankungen zu begegnen?*

Dr. Andreas Köhler: Alle Beteiligten im Gesundheitswesen sind aufgerufen zu handeln, insbesondere die KBV und die Berufsverbände. Der Bedarf an Behandlungen von psychischen Erkrankungen nimmt weiter zu. Wir müssen die Gesellschaft und die Politik sensibilisieren, die Lage ernst zu nehmen und Abhilfe zu schaffen. Die Entwicklung wird sich nicht von allein entspannen.

Das Interview führte Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach.

Stellungnahme

G-BA-Beschluss zur ambulanten neuropsychologischen Therapie

Nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 24. November 2011 können Patientinnen und Patienten mit erworbenen hirnorganischen Erkrankungen – beispielsweise nach einem Schädelhirntrauma oder einem Schlaganfall – künftig eine ambulante neuropsychologische Therapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen.

Die Berufsverbände der neurologisch und psychiatrisch tätigen Ärztinnen und Ärzte BVDN, BDN und BVDP begrüßen es sehr, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 24. November 2011 beschlossen hat, die neuropsychologische Diagnostik und Therapie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu übernehmen. Vor allem für die zahlreichen Patienten mit erworbener Hirnschädigung wird sich damit eine große Versorgungslücke schließen.

Niedergelassene Neurologen und Psychiater, ambulante Spezialisten der Neurorehabilitation und ärztliche Psychotherapeuten haben auf der Seite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KVB) an dem langwierigen Entscheidungsprozess im G-BA mitwirken dürfen. Es geht um die Versorgung von bis zu 60.000 Patienten in Deutschland, die an den Folgen eines Schlaganfalls, eines Schädelhirntraumas oder sonstiger neurologischer Erkrankungen leiden und die bisher nach Abschluss der stationären Akutbehandlung sowie der stationären oder ambulanten Neurorehabilitation nicht ausreichend ambulant versorgt werden konnten.

Gedächtnis- und Orientierungsstörungen, Probleme der höheren Aufmerksamkeits- und der Wahrnehmungsleistungen sowie exekutive Probleme im Denken, Planen und Handeln und darüber hinaus die psychischen Störungen nach organischer Hirnschädigungen werden nach Umsetzung der neuen Richtlinie und Zulassung von qualifizierten Therapeuten in einiger Zeit behandelt werden können.

Wesentliche Teile des Beschlusses im Wortlaut

Der Beschluss des G-BA lautet zu den Indikationen wie folgt:

§ 2 Indikationen

(1) ¹Indikationen zur neuropsychologischen Therapie sind (gemäß Internationale Klassifikation der Krankheiten, ICD-10):

1. **F04** Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt,
2. **F06.6** Organische emotionale labile (asthenische) Störung,
3. **F06.7** Leichte kognitive Störung,
4. **F06.8** Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit,
5. **F06.9** Nicht näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit,
6. **F07** Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns,

jeweils nach insbesondere im Rahmen eines akuten Ereignisses (z.B. durch Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma) erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung (hirnorganische Störung).

²Die Anwendung der neuropsychologischen Therapie ist dabei nur zulässig

bei krankheitswertigen Störungen in den folgenden Hirnleistungsfunktionen (Teilleistungsbereichen):

1. Lernen und Gedächtnis,
2. Höhere Aufmerksamkeitsleistungen
3. Wahrnehmung, räumliche Leistungen,
4. Denken, Planen und Handeln,
5. Psychische Störungen bei organischen Störungen.

(2) ¹Voraussetzung für die Anwendung der neuropsychologischen Therapie ist, dass die basalen Aufmerksamkeitsleistungen vorhanden sind und eine positive Behandlungsprognose besteht.

²Die Feststellung, ob die vorgenannte Voraussetzung erfüllt ist, hat vor Beginn der Behandlung zu erfolgen.

³Sie ist Bestandteil der Indikationsstellung gemäß § 5.

(3) ¹Die Durchführung einer ambulanten neuropsychologischen Therapie ist ausgeschlossen, wenn

1. die medizinische Notwendigkeit einer stationären oder rehabilitativen Maßnahme gegeben ist oder
2. ausschließlich angeborene Einschränkungen oder Behinderungen der Hirnleistungsfunktionen ohne sekundäre organische Hirnschädigung behandelt werden sollen, zum Beispiel Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität (AD(H)S), oder Intelligenzminderung oder
3. es sich um eine Erkrankung des Gehirns mit progredientem Verlauf im fortgeschrittenen Stadium, zum Beispiel mittel- und hochgradige Demenz vom Alzheimer-Typ, handelt oder
4. das schädigende Ereignis oder die Gehirnerkrankung mit neuropsycholo-

gischen Defiziten bei erwachsenen Patientinnen und Patienten länger als fünf Jahre zurückliegt.

²Ausnahmen hiervon können von der zuständigen Krankenkasse vor Beginn der Therapie auf Antrag einer qualifizierten Therapeutin oder eines qualifizierten Therapeuten genehmigt werden, wenn im Einzelfall eine hinreichende Aussicht auf die Erreichung des Therapieerfolges besteht.

Zusatzqualifikation gefordert

Neuropsychologische (NP-)Leistungen sollen in einem mehrstufigen Verfahren eingeleitet werden. Die Feststellung der Indikation erfolgt durch Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie- und Psychotherapie, Neurochirurgie sowie durch Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Anschließend wird die vertiefende neuropsychologische Diagnostik und Therapie dann durch Fachärzte, ärztliche Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten erfolgen, die eine spezifische, neuropsychologische Zusatzqualifikation erworben haben und die von der KV zur Durchführung der NP-Leistungen spezifisch zugelassen werden.

Ablauf

Neuropsychologische Therapie kann zukünftig in Einzel- und Gruppenbehandlung erbracht werden. Zu Beginn der Behandlung ist eine Phase von bis zu fünf probatorischen, diagnostischen Sitzungen vorgesehen. Dann soll die zuständige Krankenkasse über den Therapiebeginn informiert werden.

Als Behandlungsmaßnahmen sind nach den individuellen Erfordernissen

1. restitutive Therapieinterventionen, also Behandlung zur neuronalen Reorganisation,
2. kompensatorische Therapie mit dem Ziel der Anpassung an kognitive Störungen und dem Erlernen von Ersatzstrategien, sowie
3. integrative Therapie als Maßnahme zur Verarbeitung und psychosozialen Anpassung und zur Reintegration in das soziale Umfeld, vorgesehen.

Die neue Neuropsychologierichtlinie erlaubt auch langfristige Therapieprozesse, wie sie bei schwergradig Hirngeschädigten gelegentlich erforderlich sind. Der Therapieprozess wird begleitet von einem fortzuschreibenden Therapieplan und unterliegt der Pflicht zur Dokumentation und Qualitätssicherung. Eine Abstimmung zwischen dem neuropsychologischen Therapeuten und den behandelnden Ärzten und anderen therapeutisch Beteiligten ist ausdrücklich möglich, Interventionen mit Angehörigen und sozialen Bezugspersonen sind deziert möglich und bei Bedarf erwünscht.

Handlungsplan

Mit seiner Entscheidung hat der G-BA einen jahrelangen Entscheidungsprozess nach umfangreicher, wissenschaftlicher und formaler Prüfung beendet.

Was ist jetzt zu tun:

1. Zur wirklichen Umsetzung in der Versorgung der zahlreichen hirnverletzten Menschen gilt es jetzt, im Bewertungsausschuss und in den sonstigen Gremien der Selbstverwaltung rasch die Bedingung für die Zulassung von entsprechend qualifizierten Ärzten und Psychologen zu konkretisieren und Zulassungen auszusprechen sowie gegebenenfalls auch Übergangsbestimmungen zu konkretisieren.
2. Die Kostenträger müssen „neues“ Geld für die neue ambulante Therapieleistung zur Verfügung stellen.
3. Die Fachgesellschaften und Berufsverbände müssen auf die Bundesärztekammer einwirken, damit die neuropsychologische Qualifikation für Fachärzte in einem entsprechenden Weiterbildungs-Curriculum festgelegt wird – wie dies schon einmal Ende der neunziger Jahre geplant war – im damaligen BÄK-Weiterbildungsprozess aber nicht umgesetzt wurde.
4. Gemeinsam mit der neuropsychologischen Fachgesellschaft GNP müssen wir dafür sorgen, dass die Zahl der zur ambulanten Zulassung befähigten neuropsychologisch Qualifizierten so zunimmt, dass in überschaubarer Zeit eine flächendeckende Versorgung der Patienten möglich wird.
5. Der einzelne neuropsychologisch qualifizierte Therapeut, der wie viele sei-

ner Kollegen meist im stationären klinischen oder rehaklinischen Kontext „groß“ geworden ist – möge daran arbeiten, die besonderen Anforderungen und Bedingungen der ambulanten Patientenversorgung und die komplexen Probleme der Anpassungs- und Integrationsarbeit des Betroffenen und seines sozialen Umfeldes einfühlsam und qualifiziert anzuwenden.

Gemeinsam implementieren!

Die niedergelassenen Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Nervenheilkunde stehen geschlossen hinter der Entscheidung des G-BA und ebenso kooperativ als Partner für die neu in das System kommenden neuropsychologisch tätigen Kollegen zur Verfügung. Es wäre gut, wenn auf der Ebene der in vielen Regionen entstandenen ZNS-Netze („Zentren für Neurologie und Seelische Gesundheit“) regionale Arbeitsgruppen zur gemeinschaftlichen Implementierung der neuropsychologischen Behandlung entstehen würden. In einem Pilotprojekt im Raum Köln/Bonn/Koblenz sind erste Ansätze für eine solche kollegial vernetzte Zusammenarbeit bereits erkennbar. □

AUTOREN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Vorsitzende des BVDP
E-Mail: c@dr-roth-sackenheim.de

Dr. Dr. med. habil. Paul Reuther, Bad Neuenahr-Ahrweiler
Schatzmeister des BVDN
und leitender Arzt des ANR Ahrweiler
E-Mail: preuther@rz-online.de

Nachwuchsförderung der DGPPN

Junge Psychiater – Herausforderungen und Perspektiven

Die Psychiatrie ist so vielseitig, abwechslungsreich und wissenschaftlich herausfordernd wie kaum ein anderes medizinisches Fach. Die DGPPN fördert Interessenten, junge Psychiaterinnen und Psychiater aktiv über verschiedene Initiativen, um weiter Nachwuchs für dieses wichtige ärztliche Tätigkeitsgebiet zu gewinnen.

BEREND MALCHOW, PETER FALKAI UND JULIANE AMLACHER

Manch junger Psychiater fragt sich zu Recht hin oder wieder: Wie sieht eigentlich mein Beruf in zehn Jahren aus? Denn kein Fachgebiet der Medizin hat sich so rasant weiterentwickelt wie die Psychiatrie und Psychotherapie in den letzten Jahren. Der Nachwuchs hat heute zahlreiche Arbeitsfelder und Ausrichtungen innerhalb dieses Faches zur Auswahl: Allgemeine Psychiatrie, Neuropsy-

chirurgie, Gerontopsychiatrie, Forensische Psychiatrie, Suchtmedizin, Schlafmedizin, Schmerzmedizin, Psychosomatik, Psychotherapie, Psychopharmakologie sowie Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie. Kaum ein anderes Fach ist aktuell so spannend in der Forschung, wie die Psychiatrie. Mit Neuroimaging, der Neurochemie, der Zellbiologie, der Neurogenetik und Versorgungsforschung sowie durch die zu-

nehmende Verzahnung dieser Bereiche stehen immer mehr neue Forschungsfelder mit besseren Diagnostik- und Behandlungsmethoden zur Verfügung, die gerade junge Medizinstudierende besonders interessieren.

Nachwuchsmangel – wie ernst ist die Lage?

Trotz der wachsenden Attraktivität des Faches geht auch an der Psychiatrie der Nachwuchsmangel der Medizin nicht vorbei. Mitunter sind die allgemeinen Arbeitsbedingungen für Mediziner in Deutschland im internationalen Vergleich weniger verlockend als früher. Karriereförderung, Work-Life-Balance und Vereinbarkeit von Familie und Beruf spielen eine immer größere Rolle in der Entscheidung für ein Fach, einen Arbeitsort und Arbeitsplatz. Die stabile Anzahl von 600 Facharztanerkennungen pro Jahr zeigt zwar, dass die Psychiatrie ein nachgefragtes Fach ist, dennoch wird aufgrund der wachsenden Anzahl von Patienten mit psychischen Erkrankungen bereits heute ein ernstzunehmender Nachwuchsmangel in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung verzeichnet: So waren 2009 laut einer Umfrage der DGPPN 13,9% der Arztstellen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhäusern nicht besetzt. Auch für Vertragsärzte im niedergelassenen Bereich ist die Versorgungssituation zunehmend besorgniserregend, da die Vergütung ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen den Erfordernissen einer qualitativ hochwertigen Behandlung nicht gerecht wird. Hier wie



Die DGPPN will verstärkt den Nachwuchs für das Fachgebiet der Psychiatrie fördern.

da besteht weiterer Nachbesserungsbedarf, um junge Kolleginnen und Kollegen aktiv fördern sowie für eine Tätigkeit in der Psychiatrie und Psychotherapie sowohl ambulant als auch stationär begeistern zu können.

DGPPN-Initiativen und Angebote für den Nachwuchs

Nur die hellsten Köpfe können unser Fach in Gegenwart und Zukunft erfolgreich vertreten und vorantreiben. Vom Studierenden der Humanmedizin über Ärzte in Weiterbildung bis hin zu frischgebackenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie fördert die DGPPN den Nachwuchs in zahlreichen Initiativen. Das DGPPN-Referat der „Young Psychiatrists“ unterstützt dabei den Vorstand in diesen Nachwuchsaktivitäten, zu denen die jährlichen Kongressstipendien für Medizinstudierende, das Mentoring-Programm, diverse Preisausschreibungen und das DGPPN-Starterpaket gehören.

Wir alle stehen in der Verantwortung, die Psychiatrie attraktiv zu präsentieren, dem studentischen Nachwuchs die Vorteile des Faches zu vermitteln und Karrieremöglichkeiten anzubieten. Medizinstudierende wie praktisch tätige Ärzte aus allen Bereichen bewerten die Bedeutung des Arbeitsklimas innerhalb der Ärzteschaft und zwischen den Berufsgruppen sowie die Punkte „Weiterbildung“ und „Unterstützung bei der Dokumentation und bei administrativen Aufgaben“ am höchsten.

Laut einer Schweizer Umfrage kennen erst 50 % der Studierenden am Ende ihres Studiums ihre spätere Spezialisierungsrichtung. Dies zeigt, wie wichtig es ist, frühzeitig im Studium Studentinnen und Studenten für die Psychiatrie zu begeistern und ihr Interesse für die Facharztweiterbildung zum Psychiater und Psychotherapeuten zu wecken. Daher sollen die DGPPN-Angebote noch weiter ausgebaut werden. Unter anderem soll es Studierenden zum Beispiel ermöglicht werden, an einem Tag während des Semesters den Chef beziehungsweise die Oberärzte der Psychiatrie in ihrer jeweiligen Universitätspsychiatrie oder in einem assoziierten Lehrkrankenhaus begleiten zu können. Auch soll der Ausbildungsbaustein Psychiatrie früher im

Lehrplan und damit in den Vorlesungen verankert werden.

DGPPN-Mentoring-Programm

Sehr erfolgreich ist in dieser Hinsicht auch schon das Mentoring-Programm der DGPPN. Studierende der Humanmedizin jeden Fachsemesters haben die Möglichkeit, sich durch eine einfache Anmeldung auf der DGPPN-Homepage für das Mentoring-Programm einzuschreiben. Sie bekommen dann via persönlichen Kontakt zu einer Mentorin oder einem Mentor über einen längeren Zeitraum erste Einblicke in die Psychiatrie und Psychotherapie. Zahlreiche Assistenz-, Ober- und Chefärzte sowie Praxisinhaber sind in der DGPPN-Mentorendatenbank registriert und freuen sich auf entsprechende Kontaktaufnahmen.

Die Teilnahme am Mentoring-Programm der DGPPN ist selbstverständlich kostenlos. Und auch in diesem Jahr treffen sich Mentees und Mentoren auf dem DGPPN-Kongress, um sich gegenseitig kennenzulernen und sich mit den Young Psychiatrists auszutauschen, die das Mentoring-Programm betreuen.

Aus-, Fort- und Weiterbildung kompakter gestalten

Unser Nachwuchsprogramm auf dem DGPPN-Kongress wächst weiter von Jahr zu Jahr. Neben der traditionellen Fort- und Weiterbildungsakademie bietet das speziell gekennzeichnete Nachwuchsprogramm jedes Jahr spannende Fachvorträge, Diskussionsforen zu aktuellen Themen sowie Symposien zu Karrierewegen in der Psychiatrie und Psychotherapie. In Vorbereitung befindet sich ein Konzept zur „Summer School“, mit der wir dem Nachwuchs noch stärker die Facetten und Möglichkeiten unseres Faches aufzeigen möchten. Insgesamt sollte es möglich sein, mit Hilfe der DGPPN die komplette theoretische Weiterbildung der Facharztausbildung für Psychiatrie und Psychotherapie in einem fünfjährigen Zeitrahmen erfüllen zu können.

Mitarbeit im Referat der Young Psychiatrists

Die aktive Mitarbeit im DGPPN-Referat der Young Psychiatrists steht allen Mitgliedern der DGPPN und Interessierten

WEB-TIPP!

Mehr zu den Aktivitäten der DGPPN zur Nachwuchsförderung und den Kontaktpersonen finden Sie im Internet unter

www.dgppn.de/karriere.html

offen, die sich für unser Fach engagieren und ihre Ideen und Anregungen einbringen möchten. Mitglied des Referats kann werden, wer Studierender oder Assistenzarzt ist, bis hin zu Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, die dies noch nicht länger als zwei Jahre sind. Nach dieser Zeitperiode sollte der Stab an jüngere Nachwuchsmitglieder weiter gegeben werden.

Fazit

Spannendes gibt es mehr als genug in unserem Fach. Jetzt heißt es, andere Kolleginnen und Kollegen, Kommilitoninnen und Kommilitonen zu motivieren, sich zu engagieren, in unser Fach hineinzuschnuppern und die Entwicklungen und die Zukunft der Psychiatrie und Psychotherapie aktiv zu begleiten und zu gestalten. Fühlen Sie sich frei nach Alan Turing (1912–1954) dazu eingeladen: „We can only see a short distance ahead, but we can see plenty there that needs to be done.“ □

AUTOREN

Berend Malchow

Leiter des Referates „Young Psychiatrists“
Universitätsmedizin Göttingen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Von-Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen
E-Mail: Berend.Malchow@medizin.uni-goettingen.de

Prof. Dr. med. Peter Falkai

Präsident der DGPPN
Direktor der Psychiatrischen Klinik der
Ludwig-Maximilians-Universität
Nussbaumstr. 7, 80336 München
E-Mail: Peter.Falkai@med.uni-muenchen.de

Dipl.-Biol. Juliane Amlacher

DGPPN-Geschäftsstelle
Reinhardtstr. 27 B, 10117 Berlin
E-Mail: J.Amlacher@dgppn.de

Rationierung bei Patienten mit Schizophrenie

Mindestens 100 Millionen € fehlen!

Viel wird diskutiert und geschrieben über die Rationierung medizinischer Leistungen. Quantitative Daten sind aber rar. Eine soeben veröffentlichte medizinökonomische Untersuchung hat versucht, das Ausmaß an Rationierung in Deutschland abzuschätzen [1]. Eine Zusammenfassung.

CHRISTIAN THIELSCHER

Die Frage der Rationierung medizinischer Leistungen spielt in der aktuellen Diskussion in Deutschland eine erhebliche Rolle [2, 3, 4]. Dabei wird der Begriff der „Rationierung“ typischerweise qualitativ untersucht, hingegen wird kaum je eine Quantifizierung durchgeführt [5, 6]. Zwar gibt es Studien, die untersuchen, wie häufig „Rationierung“ in der Praxis vorkommt [7], nach Kenntnis des Autors gibt es aber bisher keine Untersuchung, die das Ausmaß der Rationierung monetär misst im Sinne einer Antwort auf die Frage: Welche finanziellen Mittel wären erforderlich, um eine vorhandene Rationierung zu beenden? Darunter leidet der wissenschaftliche Diskurs, denn es macht einen erheblichen

Unterschied, ob wenige Millionen oder viele Milliarden € notwendig sind, um die Rationierung zu überwinden. Das betrifft auch das „ewige“ Thema der Über-, Unter- und Fehlversorgung – ein Thema, dessen Diskussion recht blass bleibt, solange man nicht weiß, bei welchen Krankheiten überhaupt wie viel Fehlversorgung stattfindet. Auch kann man ohne diese Daten gesundheitspolitischen Institutionen kaum Hinweise geben, in welchem Umfang Mittel in die Versorgung fließen müssten, um die Rationierung zu beheben beziehungsweise welche zusätzliche Rationierung zukünftig erforderlich wird, wenn die Kosten im System schneller wachsen als die zur Verfügung stehenden Mittel.

Der Begriff der Rationierung

Will man Rationierung messen, muss man sich in einem ersten Schritt darauf verständigen, was „Rationierung“ in der gesundheitsökonomischen Diskussion überhaupt bedeutet. Tatsächlich sind der ökonomische und der medizinische Rationierungsbegriff inkompatibel; man kann daher auch keinen gesundheitsökonomischen „Mischbegriff“ erzeugen.

In der ökonomischen Sicht, genauer gesagt im neoklassischen Paradigma, das die heutige Volkswirtschaftslehre beherrscht [8], ist Rationierung ein selbstverständlicher Vorgang, der immer und überall erfolgt, denn Güter und Dienstleistungen sind knapp, die Bedürfnisse der Menschen (hier: der *hominem oeco-*



© Klaus Eppele / Fotolia.com



Von den Schizophrenieerkrankten wird in Deutschland nur etwa die Hälfte ausreichend behandelt.

nomicarum) hingegen unbegrenzt. Daher ist immer eine Zuteilung erforderlich; „Verteilung von Gütern“ und „Rationierung“ sind dabei weitgehend Synonyme [9]. In großer Deutlichkeit formulierte bereits 1995 ein amerikanischer Autor:

„Mismatches between individual desires to consume and ability to pay are not a problem in the market but one of the points of the market. In a market there is no such thing as a ‚need‘; there are only ‚wants“ [10].

Im neoklassischen Markt gibt es also keinen „erforderlichen Bedarf“, nur „Wünsche“, die erfüllt werden oder nicht. Wenn Rationierung ohnehin immer und überall vorkommt, ist sie in dieser Sicht auch kein „Problem“, mit dem es sich zu beschäftigen lohnt.

Das medizinische Verständnis von Rationierung unterscheidet sich davon fundamental. Schon die Deutung der handelnden Personen ist mit der ökonomischen Sicht nicht kompatibel. Patienten sind keine homines oeconomici, die ausschließlich die von ihnen gekauften Mengen anpassen, sondern bedürfen professioneller Hilfe [11]. Es gilt auch nicht die ökonomische Annahme, dass Bedürfnisse immer und grundsätzlich unbegrenzt sind – schon deshalb nicht, weil viele und gerade teure medizinische Behandlungen durchaus kein Vergnügen bereiten [12]. Natürlich gibt es Bereiche, in denen Patienten einen Anreiz zur Überkonsumption haben, aber man kann nicht einfach unterstellen, dass das immer gilt.

In der medizinischen Versorgung gibt es durchaus Bedarfe und nicht nur Wünsche, weil in Europa die Versorgung mit notwendiger medizinischer Versorgung als eine Art Grundrecht gesehen wird [10]. Der Preis als Rationierungsinstrument einer Marktlösung ist damit außer Kraft gesetzt. Stattdessen werden Güter zugeteilt, und zwar nach Bedarf. Dieser wird typischerweise von der medizinischen Profession definiert, zum Beispiel in Form von Leitlinien [13]. Nach diesem medizinischen Verständnis bedeutet „Rationierung“, dass eine Behandlungsmaßnahme aus ärztlicher Sicht erforderlich ist, aber nicht gewährt und/oder nicht finanziert wird. Die Nicht-Gewährung kann dabei verschiedene Gründe haben und in verschiedener Ausprägung erfolgen. So kann man zwischen

offener und heimlicher, harter und weicher Rationierung unterscheiden, je nachdem, ob Zukauf möglich ist oder nicht beziehungsweise ob Transparenz hinsichtlich des Rationierungsverfahrens herrscht [2]. „Rationierung“ als Verfahren muss dabei nicht auf Ge- und Verbote beschränkt sein, sondern kann auch auf finanzielle Anreize setzen. Rationiert wird nach diesem Verständnis auch dann, wenn eine notwendige medizinische Leistung nicht oder nicht ausreichend finanziert wird. Betrachtet man „Rationierung“ im medizinischen Verständnis, dann wird auch klar, dass ihre Untersuchung krankheitsspezifisch sein muss, denn die Medizin „denkt in Krankheiten“ [13].

Methodik der Untersuchung

Unsere Ausgangsüberlegung lautete, dass man Rationierungseffekte – wenn überhaupt – nur krankheitsspezifisch messen kann. Daher wählten wir zunächst eine Krankheit aus, bei der die Messung erfolgversprechend erschien. Dann erfolgte die eigentliche Messung. Zunächst haben wir dazu die Krankheiten, die in der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes [14] aufgeführt sind, auf ihre Eignung für unsere Untersuchung überprüft. Ziel war es, Krankheiten zu finden, deren Behandlung beziehungsweise Behandlungsdefizite leicht zu modellieren sind, weil sie früh, leicht und eindeutig zu diagnostizieren sind, einen relativ einheitlichen klinischen Verlauf aufweisen und von erheblicher ökonomischer Bedeutung sind. Ausschlusskriterien waren:

- Krankheiten oder Krankheitsgruppen, die durch ein vielfältiges klinisches Bild gekennzeichnet und daher schwer zu untersuchen sind. Das betraf alle größeren Gruppen von Krankheiten (z. B. „bösartige Neubildungen“), aber auch Krankheiten, die durch eine Vielzahl verschiedener Folgeerkrankungen gekennzeichnet sind (z. B. Diabetes mellitus).
- Krankheiten, deren Kosten unter 2 Milliarden € p. a. liegen.
- Krankheiten, die primär zahnmedizinischer Natur sind beziehungsweise Zustände, die gar keine Krankheit darstellen (z. B. Schwangerschaft).

Letztlich haben wir uns dafür entschieden, die Situation im Bereich Schizo-

phrenie zu untersuchen. Zur strukturellen Analyse des Problemfelds haben wir Tiefeninterviews mit Experten unter anderem aus der DGPPN, dem BVDN und BVDP, aus den Ärztekammern und Kassen geführt, und anschließend die Ergebnisse, soweit möglich, quantitativ modelliert.

Ergebnisse

Segmentierung der Patientenpopulation.

Die Punktprävalenz der Schizophrenie wird mit circa 0,45 % angegeben [15], bei einer erheblichen Spannweite von circa 0,14–0,64 % [16]. Für unsere Analysen nehmen wir den genannten Wert von 0,45 % an.

Nicht alle schizophren Erkrankten sind als solche bekannt und werden behandelt. In einer Untersuchung des Jahres 2000 fanden sich beispielsweise unter obdachlosen Männern über 5 % mit Schizophrenie [17].

Von den Behandelten ist nach Angaben der Vorsitzenden des BVDN und BVDP, Dr. Frank Bergmann und Dr. Christa Roth-Sackenheim, etwa die Hälfte ausreichend behandelt, die andere nicht (s. u.). Bei circa 82 Millionen Einwohnern in Deutschland [18] ergibt sich damit das in **Tabelle 1** gezeigte Bild.

Was kostet die angemessene Versorgung unterversorgter Patienten?

Die Datenlage zur Rationierung ist außerordentlich schlecht. Das Ausmaß der Rationierung im stationären Sektor lässt sich derzeit nicht schätzen. Im ambulanten Sektor ist die Datenlage nur ge-

Tabelle 1	
Häufigkeit und Behandlung der Schizophrenie in Deutschland	
An Schizophrenie erkrankt	unbekannt
Davon unerkannt	unbekannt
Erkannt	ca. 370.000
Davon ausreichend behandelt	ca. 185.000
Davon nicht ausreichend behandelt	ca. 185.000

ringfügig besser, daher ist die folgende Analyse nur modellhaft zu verstehen.

Im ambulanten Bereich erfolgt Rationierung insbesondere in Form einer nicht ausreichenden Finanzierung ambulanter ärztlicher Leistungen. Legt man zugrunde, dass zum Beispiel 2010 ein niedergelassener Psychiater beziehungsweise Nervenarzt in Hessen 46 € je Patient und Quartal [19] erhält und der jährliche kassenärztliche Umsatz einer nervenärztlichen Praxis laut KBV circa 160.000 € p. a. [20] beträgt, was etwa 80 € pro Stunde entspricht, liegt die monatliche Vergütung pro Patient bei circa 10 € bis 20 €. Unter Berücksichtigung des Anteils der GKV an der Bevölkerung beziehungsweise des Praxisumsatzes entfallen auf einen schizophrenen Patienten circa 10 Minuten pro Monat. Für eine leitliniengerechte Versorgung wären nach Einschätzung der Vorsitzenden von BVDN und BVDP zwei zusätzliche Stunden pro Quartal beziehungsweise 8 Stunden pro Jahr erforderlich. Daraus ergibt sich bei 185.000 Patienten ein Mehraufwand von circa 120 Millionen € pro Jahr. Erforderlich wäre außerdem eine bessere Betreuung der Patienten in Form von sozialpsychiatrischen Zentren, zusätzlichen Mitarbeitern in ambulanten Einrichtungen oder ähnlichem. [21]. Hauptaufgaben wären vor allem die Unterstützung der sozialen Wiedereingliederung und die Verbesserung der Compliance. Die Datenlage erlaubt derzeit nicht, den genauen zusätzlichen Bedarf für diesen Bereich im Sinne einer leitliniengerechten Therapie hinreichend genau abzuschätzen.

Ebenfalls (noch) nicht quantifizierbar ist der Bedarf an zusätzlichen Medikamenten. Dieser könnte aus mehreren Quellen stammen:

- Es gibt deutliche Hinweise, dass die Compliance der Medikamentenein-

nahme aktuell deutlich zu niedrig ist (Fritze et al. schätzten sie 2001 auf 50 % [22, 23, 24]). Auch ist nicht bekannt, ob genügend Medikamente verordnet werden, da zwar die Anzahl der verordneten Neuroleptika bekannt ist, nicht aber, wie viele von ihnen schizophrenen beziehungsweise anderen Patienten verordnet wurden. Zudem sollte eine verbesserte ambulante Behandlung die Compliance verbessern, was zu höheren Kosten für Medikamente führen könnte.

- Inwieweit der Anteil atypischer versus andere Neuroleptika optimal ist, wird in der Literatur nicht einheitlich beurteilt und daher hier nicht quantifiziert [25, 26].
- Inwieweit bei der stationären Versorgung rationiert wird, lässt sich derzeit nicht schätzen. Ob eine verbesserte ambulante Betreuung zur Senkung von Krankenhauskosten führt, lässt sich derzeit ebenfalls nicht ermitteln. Selbst wenn dies der Fall wäre, gehen die meisten Gesprächspartner davon aus, dass eventuell freiwerdende Kapazitäten mit anderen Patienten aufgefüllt werden, für die die stationäre Versorgung bisher nicht ausreicht, sodass die Kosten insgesamt nicht sinken.
- Bei unerkannten Patienten fallen dann zusätzliche Kosten an, wenn sie erkannt und behandelt werden. Da die genaue Zahl unerkannter Patienten nicht bekannt ist, ist eine Quantifizierung derzeit nicht möglich.

Wenn man Schizophrenie in Deutschland angemessen, das heißt leitliniengerecht versorgen will, ergibt sich zusammenfassend allein in der ambulanten Betreuung ein Mehrbedarf von deutlich über 100 Millionen € p. a. (**Tabelle 2**).

Diskussion – auch aus ärztlicher Sicht

Die Untersuchung belegt, dass für eine leitliniengerechte Versorgung der Schizophrenie zusätzliche Mittel in Höhe von mindestens 120 Millionen € erforderlich sind, und zwar allein zur Stärkung der ambulanten Versorgung. Inwieweit in anderen Bereichen zusätzliche Mittel erforderlich sind, lässt sich derzeit nicht bestimmen.

Das Ergebnis passt gut zu Untersuchungen, die für Deutschland im internationalen Vergleich sehr niedrige ambulante Kosten bei der Schizophreniebehandlung ausweisen [27, 28, 29]. Damit ist es nach Wissen des Autors erstmals gelungen, Rationierung zu quantifizieren.

Eine solche Erstuntersuchung hat naturgemäß eine ganze Reihe von Limitationen. Auffällig ist zunächst die außerordentlich schlechte Datenlage. Nur der Zusatzbedarf für die ambulante ärztliche Behandlung kann derzeit abgeschätzt werden, und es handelt sich im Wortsinn um eine grobe Schätzung. Für andere Bereiche, in denen möglicherweise ebenfalls eine Unterversorgung herrscht, insbesondere im stationären Sektor, bei der sozialpsychologischen Betreuung und der Versorgung mit Medikamenten, muss entsprechendes Datenmaterial erst erzeugt werden. Immerhin zeigt aber auch unsere Abschätzung, dass das Problem erheblich ist und es daher dringend erforderlich ist, diese Datenlage zu verbessern, zum Beispiel indem die tatsächliche medizinische Behandlung in der Fläche untersucht und mit den Bedarfen, wie sie sich aus einer leitliniengerechten Behandlung ergeben, abgeglichen wird.

Unser Ergebnis beruht weitgehend auf der Definition der leitliniengerechten Versorgung, wie sie von den befragten Gesprächspartnern vorgenommen wird. Die Leitlinie als solche ermöglicht eine unmittelbare Berechnung der Rationierung nicht, weil sie Behandlungsbedarfe nennt, aber nicht immer vollständig quantifiziert (wir würden empfehlen, zukünftig die Leitlinien zumindest medizinökonomisch zu kommentieren, s. u.) [30]. Auch existieren keine anderen Qualitätsmaße, die das erlauben würden, zum Beispiel Qualitätsindikatoren [31, 32]. Kritiker der Untersuchung könnten einwenden, dass die Fachgesellschaft beziehungsweise ihre Mitglieder nicht die

Mehrbedarf für unterversorgte Patienten mit Schizophrenie

Tabelle 2

Ambulante Betreuung durch Ärzte	120 Mio. €
Ambulante Betreuung durch Pfleger/Sozialarbeiter, Rechtsbetreuung	offen
Medikamente	offen
Stationäre Behandlung	offen
Für unerkannte Patienten	offen

Kompetenz besitzen, diese Frage zu entscheiden oder aufgrund von Interessenkonflikten zu fehlerhaften Aussagen kommen. Allerdings ist kaum zu sehen, wer über eine leitliniengerechte Versorgung entscheiden soll, wenn nicht die einschlägige medizinische Fachgesellschaft, gegebenenfalls in Kooperation mit Patientenverbänden, Kostenträgern und anderen. Dass derzeit gesundheitsökonomische Fragestellungen zunehmend von anderen Einrichtungen getroffen werden, ändert nichts an der Kompetenz der Fachgesellschaft.

Es könnte auch bestritten werden, ob es sich im vorliegenden Fall um „Rationierung“ handelt. Wie in der Einleitung beschrieben, wird hier „Rationierung“ im Sinne eines Vorenthaltens medizinisch notwendiger Leistungen für medizinisch unerwünscht gehalten. „Rationierung“ ist nach diesem Verständnis auch das Nichtfinanzieren notwendiger medizinischer Leistungen. Ob die hier beschriebene mangelhafte Finanzierung ambulanter ärztlicher Schizophreniebehandlung im vollen Umfang bei den Patienten ankommt oder ob die niedergelassenen Ärzte zum Beispiel durch das Erbringen unbezahlter Leistungen oder die Umwidmung von Geldern, die eigentlich für andere Patienten gedacht sind, oder durch andere Effekte einen Teil der Rationierung abfedern, ließ sich im Rahmen der Studie nicht feststellen, ist aber zweifellos ein wichtiges Thema für weitere Untersuchungen.

Auch ohne die Berücksichtigung weiterer Felder der Unterversorgung liegen die geschätzten Rationierungseffekte in der Größenordnung von 100 Millionen € p.a. und sind damit sowohl absolut als auch gemessen an den Gesamtausgaben für Schizophrenie (laut Statistischem Bundesamt rund 3 Milliarden € p.a.) bedeutend. Es könnte daher sein, dass das Ergebnis der Untersuchung auf politische beziehungsweise finanzielle Akzeptanzprobleme stößt. Das wäre im Rahmen eines entsprechenden Untersuchungsdesigns im Sinne eines Konsensprozesses zu diskutieren.

Nicht berücksichtigt wurden mögliche Einsparpotenziale. Ob durch eine verbesserte ambulante Behandlung die Kosten in anderen Sektoren sinken, lässt sich derzeit nicht messen. Eine signifi-

kante Einsparung ist allerdings schon deswegen kaum zu erwarten, weil eventuell freigewordene Bettenkapazitäten – wenn es solche gibt – wahrscheinlich mit anderen Patienten aufgefüllt würden. Dieser Effekt wird noch schwieriger zu deuten, wenn man weitere Krankheiten in die Betrachtung einbezieht. Bei der Abschätzung der Rationierung bei weiteren Krankheiten aus dem Bereich der Psychiatrie sind solche Effekte zu berücksichtigen (d.h., man kann die Ausmaße der Rationierung bei mehreren Erkrankungen nicht einfach addieren).

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass es per se möglich ist, Rationierungseffekte zu schätzen, wenn man krankheitsspezifisch vorgeht. Allerdings gelingt das bisher nur in relativ kleinen Bereichen für einzelne Krankheiten. Die Verbesserung der Datenlage ist auch deshalb dringend erforderlich, weil sonst die Kostensenkungsdiskussion einseitig verläuft. Konkret könnte der Ansatz dieser Studie auch auf andere Krankheiten ausgerollt werden. Das würde auch dazu führen, dass die Medizin (und nicht die Ökonomie) darüber entscheidet, wie zu behandeln ist. Der Medizinethiker G. Maio beklagte unlängst unter dem Stichwort: „Ökonomische Überformung des Ärztlichen“ [33]:

„Selbstverständlich ist das ökonomische Denken in der Medizin sehr wichtig. Ohne ökonomisches Denken würde man zu viele kostbare Ressourcen verschwenden. Aber man muss der Ökonomie ihren Platz zuteilen. Dieser Platz ist dort, wo sie der Medizin hilft, ihre genuin medizinischen

Ziele ohne Verschwendung zu erreichen. Die Ökonomie ist also eine Dienerin der Medizin, die durch vernünftiges Wirtschaften die Freiräume ermöglichen soll, in denen Medizin überhaupt erst realisiert werden kann. Durch die ökonomische Überformung des Ärztlichen wird eine fürsorgliche Praxis zur marktförmigen Dienstleistung transformiert. Tatsächlich ist es aber heute so, dass die Ökonomie nicht mehr der Medizin, sondern vielmehr die Medizin der Ökonomie dient. Die Ökonomie macht die Vorgaben und diktiert genau, was sich lohnt und wie zu behandeln ist, damit am Ende die Zahlen stimmen.“

Die Quantifizierung der Rationierung ist also eine medizinische beziehungsweise medizinökonomische Fragestellung, die primär von den medizinischen Fachgesellschaften untersucht werden sollte. Selbstverständlich müssten sie dazu ihre medizinökonomische Kompetenz ausbauen. Aber sie könnten dadurch die zwischenzeitlich teilweise an die Ökonomie verlorene Deutungshoheit darüber zurückgewinnen, wie „richtige Medizin“ funktioniert. Nach Meinung des Autors ist das aus Sicht der Patienten schlicht geboten. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Prof. Dr. med. Dr. rer. pol. Christian Thielscher
FOM Hochschule für
Oekonomie und Management
Leimkugelstr. 6, 45141 Essen
E-Mail: christian.thielscher@fom.de



Weitere Infos auf springermedizin.de

Nutzen und Risiken der Polypharmazie bei Schizophrenie

Die aktuellen nationalen und internationalen Leitlinien für die pharmakologische Behandlung der Schizophrenie empfehlen nachdrücklich eine Monotherapie. Polypharmazie kann aber, etwa bei Therapieresistenz, indiziert sein. Ein Beitrag zur zertifizierten Fortbildung von Thomas Messer und Max Schmauss. (3564172).

Diesen Artikel finden Sie, indem Sie den Titel oder die (in Klammern gesetzte) ID-Nummer in die Suche eingeben.

LITERATUR

1. Thielscher C, Schüttelpelz T, Schütte M. Quantifizierung der Rationierung. *Gesundh. Ökon. Qual. Manag.* 2012. Im Druck. Elektronisch publiziert am 19.10.2012.
2. Hoppe J-D. Priorisierung. In: Thielscher C (Hrsg.): *Medizinökonomie*. Wiesbaden: Springer 2012, Bd. 1, S. 319 ff.
3. Fuchs C. Prioritäten setzen: Gerechte Leistungsverteilung muss offen diskutiert werden. *Dtsch Arztebl* 2011; 108(24): A-1356 / B-1139 / C-1139
4. Breyer F, Zweifel P, Kifmann M. *Gesundheitsökonomik*. Berlin: Springer 2005, S. 89 f.
5. Lauterbach, K. W., Lungen, M., Schrappe, M. *Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine*. Stuttgart: Schattauer 2010, S. 3 f
6. Arnade, J. *Kostendruck und Standard*. Berlin: Springer 2010, S. 46 ff.
7. Strech, D. et al. Are physicians willing to ration health care? *Health Policy* 2009; 90 (2-3): 113-24
8. Neumann, M. *Neoklassik*. In: Issing, O. (Hrsg.): *Geschichte der Nationalökonomie*. München: Vahlen 2002
9. Obermann, K. Rationierung in der Medizin aus ökonomischer Sicht. *Thorac Cardiovasc Surg* 1998; 46 (Suppl): 319-23
10. White, J. *Competing Solutions. The brookings institution*: Washington 1995, S. 24
11. Paul, N. *Grundlagen der Medizin*. In: Thielscher, C. (Hrsg.): *Medizinökonomie*. Wiesbaden: Springer 2012, Bd. 1, S. 21 ff.
12. Reiners, H. *Steuerung der medizinischen Versorgung und Ideologien: Zur politischen Ökonomie des Gesundheitswesens*. In: Thielscher, C. (Hrsg.): *Medizinökonomie*. Wiesbaden: Springer 2012, Bd. 1, S. 380.
13. Thielscher, C. *Wo werde ich ordentlich behandelt?* Stuttgart: Ibidem 2011, S. 44 ff
14. Statistisches Bundesamt. *Krankheitskosten*. Wiesbaden 2010, Fachserie 12, Reihe 7.2..
15. Fritze, J., Saß, H., Schmauß, M. *Befragung der Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Frage von Über-, Unter- und Fehlversorgung: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) aus dem Jahre 2001*. In: Berger M, Fritze J, Roth-Sackenheim C, Voderholzer U (Hrsg.): *Die Versorgung psychischer Erkrankung in Deutschland*. Heidelberg: Springer Verlag, 2005
16. Gaebel W, Falkai P. *Behandlungsleitlinie Schizophrenie*. Darmstadt: Steinkopff-Verlag; 2002
17. Fichter M M, Quadflieg N, Cuntz U. *Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen. Daten einer repräsentativen Stichprobe obdachloser Männer*. *Deutsches Ärzteblatt* 2000; 97 (17): A 1148-54.
18. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). *Statistisches Jahrbuch 2011*. Wiesbaden 2011
19. Melchinger H. Schlechte Karten für schwer Kranke. *Neurotransmitter* 2010; 21 (5): 25-8
20. Kassenärztliche Bundesvereinigung. *Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2010*. <http://www.kbv.de/2398.html>, Download am 11.02.2012, 11:30 Uhr
21. Melchinger H. *Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der GKV. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)*. Medizinische Hochschule Hannover (2008)
22. Fritze J. *Innovative Therapien erfordern zusätzliche finanzielle Ressourcen*. *Neurotransmitter* 2001; 12 (1): 40-3 (Teil 1)
23. *Neurotransmitter* 2001; 12 (2): 30-1 (Teil 2)
24. *Neurotransmitter* 2001; 12 (3): 33-9 (Teil 3)
25. Lohse M J, Müller-Oerlinghausen B. *Psychopharmaka*. In: Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.): *Arzneiverordnungsreport 2010*. Berlin: Springer 2010
26. Fritze J. *Psychopharmaka-Verordnungen: Ergebnisse und Kommentare zum Arzneiverordnungsreport 2011*. *Psychopharmakotherapie* 2011; 18 (6), 245-56
27. Heider D et al. *Direct medical mental health care costs of schizophrenia in France, Germany and the United Kingdom – Findings from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC)*. *Eur Psychiatry* 2009; 24 (4): 216-24
28. Salize, H. J. et al. *Cost of treatment of schizophrenia in six European countries*. *Schizophr Res* 2009; 111 (1-3): 70-7
29. Konnopka, A. et al.: *Die Kosten der Schizophrenie in Deutschland: Ein systematischer Literaturüberblick*. *Psychiatr Prax* 2009; 36 (5): 211-8
30. DGPPN (Hrsg.). *Behandlungsleitlinie Schizophrenie*. Darmstadt: Steinkopff-Verlag Darmstadt 2005 (in Überarbeitung)
31. Weinmann S et al. *Development of a set of schizophrenia quality indicators for integrated care*. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2010; 19 (1): 52-62
32. Weinmann S, Becker T.: *Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2009
33. Maio G. *Gesundheitswesen: Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell?* *Dtsch Arztebl* 2012; 109(16): A-804 / B-696 / C-692

Sozialpsychiatrie in Deutschland

Das Soziale in der Psychiatrie – schon wieder Stiefkind

Angelsächsische Länder blicken auf eine lange Tradition sozialpsychiatrischer Forschung zurück. Die deutsche Psychiatrie hat sich damit schwer getan. Aktuell muss der Niedergang der universitären Sozialpsychiatrie beklagt werden. Gründe dafür gibt es viele.

WULF RÖSSLER

Die Psychiatrie ist eine junge Disziplin. Aber die Frage nach der sozialen Dimension der Psychiatrie stellte sich seit Anbeginn. Spezialisierte Einrichtungen für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter erlangten mit Beginn des 19. Jahrhunderts größere Bedeutung, nachdem sich in der Folge der bürgerlichen und industriellen Revolution die Staaten Europas der sozialen und medizinischen Fürsorge ihrer Bürger verstärkt zugewandt hatten. Die vorherrschende Versorgungsphilosophie zielte darauf ab, Menschen mit „verwirrten Sinnen“ und „endordneter Ver-

nunft“ aus dem vermeintlich pathogenen Milieu ihrer Lebenswelt herauszunehmen, um in dem idealen Milieu einer psychiatrischen Anstalt die verlorene Ordnung ihres Lebens und ihres Geistes wieder zu finden. Die Isolation in der Stille und Ruhe geografisch von den städtischen Ballungsräumen abgeschiedener Anstalten schien die angemessene Behandlungsmethode, um den Kranken von möglichst allen krankmachenden Einflüssen freizuhalten. Die Haupteinflussfaktoren für Entstehung und Verlauf psychischer Erkrankungen wurden damit in der sozialen Umwelt geortet –

ein klassisches sozialpsychiatrisches Paradigma.

Wohnortfern – wohnortnah

Dass der Schwerpunkt der stationären Versorgung eindeutig bei Heil- und Pflegeanstalten weit weg von städtischen Ballungsräumen lag, war wohl vor allem Folge davon, dass die politischen Entscheidungsträger eher den Experten zu-neigten, deren Vorstellungen sich leichter umsetzen ließen. Es bot sich nämlich gesundheitspolitisch an, die als Folge der Aufklärung leerstehenden Klöster, in psychiatrische Heilanstalten umzuwandeln.



Nach der Aufklärung leerstehende Klöster, wie hier das der ehemaligen Benediktinerinnen in Osnabrück, wurden zu Heil- und Pflegeanstalten umgewandelt.

Ein entgegengesetztes, obwohl nicht minder sozialpsychiatrisches Versorgungsprogramm, formulierte Wilhelm Griesinger, der den Aufbau von sogenannten Stadtasylen (in der heutigen Terminologie Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) forderte, um die Betroffenen nach kurzer stationärer Behandlung in ihrer gewohnten Lebenswelt weiter betreuen zu können. Wir neigen heute überwiegend den Ansichten Wilhelm Griesingers zu, allerdings vor dem Hintergrund solider empirischer Befunde zur Nützlichkeit einer gemeindenahen Versorgung psychisch Kranker. Wir wissen nicht, ob Griesinger mit seinen versorgungspolitischen Vorstellungen erfolgreicher gewesen wäre, weil auch ihm zu seiner Zeit keine wirksamen Behandlungsmethoden zur Verfügung standen. Es ist aber bis heute ein Fehlschluss sozialpsychiatrischen Denkens, den Ort oder die Institution der Behandlung mit der Behandlung selbst zu verwechseln. Jedenfalls litten die Heilanstalten infolge des Mangels an wirksamen Behandlungsmethoden unter zunehmender Überfüllung. Der Erfolglosigkeit ihres Handelns begegneten die Experten ihrer Zeit mit einem semantischen Trick: Sie benannten die ursprünglich nur als Heilanstalten bezeichneten Kliniken in Heil- und Pflegeanstalten um und kaschierten so die Erfolglosigkeit ihres Tuns. Die Beobachtung, dass die sozialen Lebensumstände Einfluss auf das Auftreten und den Verlauf psychischer Erkrankungen nehmen, war richtig, die Schlussfolgerung daraus nicht zwingend. Man sollte besser sagen, dass die theoretischen Überlegungen legitim, aber nicht empirisch belegt waren und damit fatale Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung begünstigten.

Die sozialpsychiatrische Versorgungsphilosophie des 19. Jahrhunderts, der nahezu alle Industrieländer gefolgt waren, war damit im 20. Jahrhundert in einem gigantischen Ausmaß gescheitert. Die skandalösen Zustände in den überfüllten und veralteten Heil- und Pflegeanstalten, die darüber hinaus völlig losgelöst waren von jedweder medizinischen Versorgung, gaben in den 1960er- und 1970er-Jahren den Anstoß für Versorgungsreformen. Die erste Reformphase galt vor allen Dingen den psychiatrischen Langzeitpatienten, die zum Teil jahrzehn-

telang ein erbärmliches Leben in den Anstalten fristeten. Alle weiteren Reformen zielten darauf ab, dass psychisch Kranke und behinderte Menschen die ihnen zustehende Hilfe in Anspruch nehmen konnten, ohne ihre gewohnte Lebenswelt aufgeben zu müssen. Dieses Prinzip des Lebensweltbezugs findet sich als zentrale Versorgungsleitlinie weltweit in den nationalen Programmen zur Reform der psychiatrischen Versorgung.

Von der sozialen Psychiatrie zur Sozialpsychiatrie

Es war auch Mitte des 20. Jahrhunderts, als der Begriff „Sozialpsychiatrie“ breiteren Fachkreisen bekannt wurde. Der Begriff, der zu der Zeit der damaligen Versorgungsreformen gebildet wurde, entstand in klarer Abgrenzung von dem bis dahin gebräuchlichen Begriff der „Sozialen Psychiatrie“. Diese Abgrenzung war zumindest in Deutschland notwendig geworden, weil die Philosophie der sozialen Psychiatrie, die in den ersten 20 bis 30 Jahren des 20. Jahrhunderts die Entwicklung der ambulanten psychiatrischen Versorgung in deutschsprachigen Ländern wesentlich beeinflusste, von den Nationalsozialisten zunächst als soziales Kontrollinstrument missbraucht wurde und dann in ihre schrecklichen Mordtaten an geistig Behinderten und psychisch kranken Menschen einmündete. Durch den Mord an hunderttausenden Patienten der Heil- und Pflegeanstalten war auf eine entsetzliche Weise in der Nachkriegszeit die Überfüllung in den Deutschen Heil- und Pflegeanstalten nicht so drängend wie in anderen Industrieländern. Die Reformbewegung, die in vielen Industrieländern der westlichen Welt bereits in den 1950er-Jahren begonnen hatte, startete deshalb in den deutschsprachigen Ländern mit einer Verzögerung von ein bis zwei Jahrzehnten.

Sozialpsychiatrie an den Universitäten

Wenn auch die Reformbewegung von diversen Professoren deutscher Universitäten wie Heinz Häfner, Walter von Bayer oder Caspar Kulenkampff in den 1960er-Jahren angestoßen worden und die ersten Schritte der deutschsprachigen Reformen von ihnen skizziert worden waren, gab es bald eine Generation jüngerer Psychiater wie Asmus Finzen, Manfred

Bauer und andere, die die Universitäten schnell wieder verlassen haben, um in den Versorgungskliniken Sozialpsychiatrie in die Praxis umzusetzen.

Das Establishment der deutschsprachigen Universitätspsychiatrie war seinerseits nicht zentral am Reformprozess interessiert. Ihr mangelndes Interesse und Engagement zieht sich nahezu durch die ganzen Reformbemühungen deutschsprachiger Länder. Nur das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim und die Medizinische Hochschule Hannover haben als sozialpsychiatrische Forschungszentren zunächst überregionale Bedeutung erlangen können, inzwischen ihren Forschungsfokus aber auch geändert. Neu als überregionale Sozialpsychiatrische Forschungszentren waren seit den 1990er-Jahren Leipzig, Zürich und Ulm hinzugekommen. Mit dem Wechsel der Lehrstuhlinhaber in Leipzig und bald Zürich wurde dieser Forschungsschwerpunkt auch dort im Kern aufgegeben. Neu hat sich zuletzt ein Schwerpunkt für psychiatrische Versorgungsforschung an der Wirtschaftsuniversität Lüneburg etabliert. Es haben sich also an den deutschsprachigen Zentren einzelne Solitäre mit internationaler Ausstrahlung entwickelt. Eine Verstetigung über längere Zeiträume ist aber in der Regel nicht gelungen. Vor diesem Hintergrund bleibt resignativ zu sagen, dass sich in den deutschsprachigen Ländern nie eine breit aufgestellte, wissenschaftlich fundierte Sozialpsychiatrie entwickelt hat. Die Folge davon ist, dass Psychiatrie- und Gesundheitspolitik in deutschsprachigen Ländern bis heute vorrangig im Dunstkreis politischer Lager, unterstützt von den jeweiligen Verbänden und Organisationen ausgehandelt wird.

Dies steht ganz im Gegensatz zu den angelsächsischen Ländern, die auf eine lange Tradition sozialpsychiatrischer Forschung zurückblicken können. Im Englischen National Health Service wird keine Versorgungsmaßnahme ohne ausführliche wissenschaftliche Erprobung eingeführt. In den wissenschaftlichen Zeitschriften werden diese dann häufig mit nie gekannter Leidenschaft diskutiert. Dort konnte sich auch das Feld sozialpsychiatrischer Forschung über die Versorgungsforschung hinaus viel breiter diversifizieren, angefangen von der soziologischen und philosophischen Theorien-

bildung zur Bedeutung psychischer Störungen im gesellschaftlichen Kontext, über die Sozialepidemiologie bis zur Erprobung psychosozialer Therapieverfahren. Es ließen sich noch viele andere sozialpsychiatrische Forschungsfelder aufzählen, die heutzutage an fast jeder angelsächsischen Universität unter dem Dach der Lehrstühle für „Community Psychiatry“ vertreten sind. Die Folge: Fast alle Innovationen in sozialpsychiatrischen Bereich kommen aus den angelsächsischen Ländern. Kontinentaleuropa repliziert bestenfalls, was aus den angelsächsischen Ländern gekommen ist.

Die Enquete und die Folgen

Die beschriebene Entwicklung an den Universitäten hatte zur Folge, dass in der Enquete-Kommission, die Anfang der 1970er-Jahre von der Bundesregierung begründet wurde, nur relativ wenige Universitätsangehörige vertreten waren. Die Enquete-Kommission war auch nicht als Innovations-„Think Tank“ gegründet worden, sondern sollte die international weitgehend akzeptierten Reformgrundsätze auf die deutsche Versorgungsrealität übertragen. Die im 1975 erschienenen Enquete-Bericht formulierten Reformleitlinien waren deshalb häufig als Kompromisse zwischen den verschiedenen der an der Versorgung psychisch Kranken Beteiligten Interessengruppen ausgelegt. Dies soll am Bei-

gegeben. Dazu sollte den Abteilungen die Verpflichtung zur Versorgung aller akut und chronisch psychisch Kranken einer Region auferlegt werden, um ein Abschieben vermeintlich unbequemer und schwer zu behandelnder chronisch psychisch Kranker in unzureichend ausgestattete psychiatrische Großkrankenhäuser zu vermeiden. Dies war eine realitätsferne Kompromissformulierung zwischen den in der Kommission vertretenen Anstaltspsychiatern, die am System der Heil- und Pflegeanstalten in einer modernisierten Version festhalten wollten, und den Reformpsychiatern, die prinzipiell alle Heil- und Pflegeanstalten auflösen wollten. In der realen Umsetzung dieser Empfehlung stellte sich natürlich schnell heraus, dass eigentlich nirgendwo, wo solche Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern eröffnet wurden, eine Größe von 200 Betten erreicht wurde. Wäre diese Empfehlung umgesetzt worden, hätten sich Allgemeinkrankenhäuser zu psychiatrischen Kliniken mit angehängten internistischen und chirurgischen Abteilungen entwickelt. Deshalb wurden in der Folge alle psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in einer Richtgröße von 60 bis 80 Betten aufgebaut, analog zur Größe der anderen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern. Aus meiner Sicht eines in der Schweiz ansässigen Psychiaters sind solche Kompromisse das Resultat gelungener Politikumsetzung.

» Es ist bis heute ein Fehlschluss sozialpsychiatrischen Denkens, den Ort oder die Institution der Behandlung mit der Behandlung selbst zu verwechseln. «

spiel der Reformleitlinie zur stationären Versorgung kurz erläutert werden.

International ist weitestgehend akzeptiert, dass psychiatrische Versorgung Teil der medizinischen Versorgung und deshalb entsprechend strukturell eingegliedert sein muss. Alle internationalen Empfehlungen zielen deshalb im Hinblick auf die stationäre Versorgung auf den Aufbau psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ab. Auch nach Ansicht der Enquete-Kommission sollten psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern aufgebaut werden. Als Richtgröße wurden circa 200 Betten an-

Allerdings muss man sich auch vergegenwärtigen, welche enormen finanziellen Mittel damit in der Modernisierung der Anstalten gebunden wurden, die vermutlich gewinnbringender an anderer Stelle der psychiatrischen Versorgung eingesetzt hätten werden können.

Die großen Modellprogramme

Gleichmaßen ambivalent wie die Universitäten war in den 1970er-Jahren auch die Gesundheitspolitik, die zwar aufgrund des Enquete-Berichtes die Notwendigkeit von Versorgungsreformen anerkannte, aber nicht die Universitäten

mit der Umsetzung des Evaluationsprozesses der Versorgungsreform beauftragten wollte. Die damals sozialdemokratisch geführte Regierung zweifelte, ob die Universitäten in der Lage wären, eine entsprechende Beratung und wissenschaftliche Begleitung, die auf die Bedürfnisse der Gesundheitspolitik gerichtet wäre (schnell, zielgerichtet, pragmatisch), anzubieten. Die Bundesregierung beauftragte deshalb damals die Schweizer (in der psychiatrischen Versorgung völlig unerfahrene) Beratungsfirma Prognos AG mit der Umsetzung und wissenschaftlichen Begleitung des Enquete-Berichts in verschiedenen Modellregionen. Aber schon die Frage, in welchen Bundesländern Modellregionen zur Umsetzung der Versorgungsreformen gebildet werden sollten, gab Anlass zu erheblichen politischen Auseinandersetzungen. Die damaligen CDU-geführten Länder verweigerten ihre Teilnahme an den Bundes-Modellprogrammen mit der Begründung, dass Gesundheitsversorgung Ländersache sei. Allein Baden-Württemberg startete ein eigenes Modellprogramm, das vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim (unter meiner Leitung) durchgeführt wurde. Die Folgen dieses politischen Entscheides zeigten sich zehn Jahre später, nach Ende des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Die Prognos AG legte nach Abschluss der Modellerprobung in verschiedenen Regionen ein Konglomerat diverser Analysen und Beschreibungen vor, die von der damaligen Beraterkommission zu diesem Modellprogramm im Wesentlichen als unbrauchbar erachtet wurden. Die Beraterkommission etablierte sich neu als Expertenkommission und formulierte ziemlich unabhängig von den Analysen der Prognos AG neue Empfehlungen zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich. Die Empfehlungen basierten vielfach auf den im Einzelfall durchaus fundierten, aber persönlichen Erfahrungen der Mitglieder der Expertenkommission, allen voran Professor Caspar Kulenkampff der sowohl Vorsitzender der Enquete-Kommission, Vorsitzender der Beraterkommission zum Modellprogramm der Bundesregierung und zuletzt auch Vorsitzender der Expertenkommission war.

Keine seriöse wissenschaftliche Evaluation

Für das Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung waren die für die damalige Zeit unvorstellbar große Summe von 250 Millionen D-Mark und zusätzlich 50 Millionen D-Mark für die Evaluation des Modellprogramms durch die Prognos AG vorgesehen. Daneben wurde vom Bundesgesundheitsministerium seit den 1970er-Jahren der Modellverbund Psychiatrie mit vielen Millionen gefördert, der auf den Aufbau und die Erprobung einzelner Institutionstypen zielte, die jeweils in einen (regelmäßig positiven) Abschlussbericht mündete. Es stellt sich natürlich dann die Frage: Was ist mit dem vielen Geld geschehen und was hat es bewirkt? Es gibt keine Zweifel, dass zu dieser Zeit viele Modellinitiativen gestartet wurden und viele Modellinstitutionen erprobt wurden. Nach mehr als zehn Jahren Modellpolitik zwischen 1975 und 1985 gilt der Eindruck, dass die psychiatrische Versorgung entlang gesundheitspolitischen Leitlinien erprobt, aber nie seriös wissenschaftlich evaluiert worden war. Gesundheitspolitik in der Psychiatrie war Gesundheitspolitik in den Hinterzimmern der Politik und der Experten, deren persönliche Integrität dabei nicht infrage gestellt werden soll.

Eine wissenschaftskritische Auseinandersetzung mit diesen Erprobungen hat es im deutschsprachigen Raum so gut wie nie gegeben. Dies war nicht zuletzt auch das Produkt der Abstinenz der Universitätspsychiatrie, die sich nie in die Auseinandersetzung über die Entwicklung des Gesundheitswesens involvieren wollte. Die Universitätspsychiatrie wäre die unabhängige Instanz gewesen, die es gebraucht hätte, frei von Interessenkonflikten Gesundheitspolitik empirisch in ihren Auswirkungen zu begleiten. Hätte sie mit Nachdruck zumindest einen Teil des Geldes, das für das Modellprogramm der Bundesregierung ausgegeben wurde, eingefordert, wäre es mutmaßlich in den 1980er-Jahren gelungen, eine solide Basis für eine wissenschaftlich fundierte Sozialpsychiatrie an den deutschen Universitäten zu etablieren. Die, die heute den Untergang der deutschsprachigen Sozialpsychiatrie beklagen, haben damals dazu die Grundsteine gelegt.

Wiederbelebung durch Wiedervereinigung

Mit der Vorlage des Berichtes der vorgenannten Expertenkommission 1987 war zweifellos eine Ermüdung aller Beteiligten, die bis dahin den Reformprozesses vorangetrieben hatten, eingetreten. Die wesentlichen Eckpunkte einer Versorgungsreform im Bereich der Psychiatrie schienen vollzogen oder zumindest bestand Einigkeit über die Rahmenbedingungen für die (weiteren) Versorgungsreformen. Erst die Wiedervereinigung hat die Versorgungsreformen neu belebt mit dem Ziel, die Versorgungsbedingungen in der Psychiatrie in den neuen Bundesländern an die der alten Bundesländer anzupassen. Neue Reformimpulse im Rahmen der Wiedervereinigung wurden so gut wie nicht gesetzt. Für einige Irritationen sorgte allenfalls das alte Modell der Poliklinik der ehemaligen DDR, das strukturell die Rahmenbedingungen bot, die Experten für die Versorgung schwerer psychisch Kranker für erforderlich hielten. Allerdings gab es keine ernsthaften Versuche das Modell der Poliklinik weiter zu führen. Dabei ist es in den nachfolgenden Jahren dann doch bundesweit in Form der psychiatrischen Institutsambulanz weitgehend verwirklicht worden.

Strukturelle Mängel vor dem Hintergrund sozialrechtlicher Gegebenheiten blieben weiter bestehen. Aus der Vielzahl der (fortbestehenden) Baustellen soll nur die Versorgung schwerer psychischer Kranken durch die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater herausgegriffen werden. Bereits während der Modellprogramme in den 1980er-Jahren wurde die mangelnde Beteiligung niedergelassener Psychiaterinnen und Psychiater an der Versorgung schwerer und chronisch psychisch Kranker beklagt. Verschiedene Modelle beschäftigten sich beispielsweise damit, mehr interdisziplinäre Kompetenz in die Praxis niedergelassener Psychiaterinnen und Psychiater zu bringen, zum Beispiel durch das Einbeziehen von Sozialarbeitern. Dieses an und für sich bedenkenswerte Modell konnte jedoch nie Fuß fassen, weil die meisten der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater nicht das unternehmerische Risiko der Anstellung anderer Professionen in ihrer Praxis übernehmen wollten oder konnten. Als weiterer Mangel erwiesen

sich die sozialrechtlichen Hindernisse, die Betroffenen in ihrem gewohnten Lebensumfeld zu Hause zu betreuen. All diese Argumente führten zum Aufbau von psychiatrischen Institutsambulanzen. Als Sonderinstitutionen der psychiatrischen Versorgung wurden und werden die Institutsambulanzen von verschiedenen Seiten misstrauisch beäugt. Aus ganz unterschiedlichen Perspektiven konnten sich weder die Krankenkassen noch die niedergelassenen Psychiater mit dem Modell der Institutsambulanzen anfreunden.

In den letzten Jahren wurden in Niedersachsen sogenannte integrierte Versorgungsmodelle entwickelt, um die Regelversorgung schwerer und chronisch psychisch Kranker durch niedergelassene Psychiater zu optimieren. Die Zielsetzung war, die Kompetenzen niedergelassener Psychiater mit den Kompetenzen ambulanter Pflegedienste modellhaft zu bündeln – ein Ansatz, der die Zustimmung vieler der niedergelassenen Psychiater gefunden hat. Dieses Modell, vorgegangen zunächst aus einer lokalen Initiative in Niedersachsen, dass sich dann auf ganz Niedersachsen ausbreitete, wird inzwischen von der Leuphana Universität Lüneburg wissenschaftlich und unabhängig im Rahmen des Innovationsinkubators begleitet. Die Ergebnisse stehen noch aus. In Verruf geraten ist dieses Modell jedoch, weil ein ähnlich strukturiertes Programm von einer Tochtergesellschaft eines großen Pharmakonzerns geleitet und von einem Gesundheitsökonom evaluiert wird. Gegen die Beteiligung der pharmazeutischen Industrie an der psychiatrischen Versorgung regten sich erhebliche Widerstände, nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund, dass freie Träger ihre Interessen in der gemeindepsychiatrischen Versorgung dadurch bedroht sahen.

Rückblickend auf die 1990-Jahre wird deutlich, dass allmählich eine Abkehr von der rein institutionsbezogenen Betrachtungsweise hin zu einem mehr systemübergreifenden Ansatz stattgefunden hat. Themen wie der Gemeindepsychiatrische Verbund, Koordination und Steuerung, oder auch der sogenannte personenorientierte Versorgungsansatz gerieten mehr und mehr in den Fokus. Diese Themen wurden vorzugsweise von der Aktion „Psychisch Kranke“, einem Verein der Anfang der siebziger Jahre gegründet

wurde, befördert. Sie hat heute die meisten der versorgungsbezogenen Aktivitäten initiiert und begleitet.

Aktion Psychisch Kranke

Die „Aktion Psychisch Kranke“ versteht sich von Anbeginn an als Lobby für psychisch Kranke bei den politisch Verantwortlichen. Deshalb ist der oder die Vorsitzende eine politisch aktive Person aus dem Bundestag, die Stellvertretung hingegen eine Fachperson, sodass mit dieser Doppelspitze sowohl die Fachlichkeit als auch die Möglichkeiten der politischen Einflussnahme sichergestellt sind. Der langjährige stellvertretende Vorsitzende Heiner Kunze hat in den 1990er-Jahren wesentlich mit an der Personalbemessung in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland, vor allem im Hinblick auf die Personalausstattung psychiatrischer Kliniken und Krankenhäuser, mitgewirkt. Die sogenannte PsychPV hat wesentlich zur besseren Ausstattung psychiatrischer Kliniken in Deutschland geführt. Mit dem Auslaufen der großen Modellprogramme ist die „Aktion Psychisch Kranke“ mehr und mehr in der Vordergrund getreten. Sie war seit jeher Trägerin diverser Projekte zu den vorgenannten Themenbereichen, aber insbesondere für psychiatrische Pflege, personenorientierte Ansätze, Rehabilitation, Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke oder für die integrierte Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen. Ohne die Bedeutung der „Aktion Psychisch Kranke“ schmälern zu wollen, bleibt allerdings festzuhalten, dass diese nie den nationalen Kontext verlassen und sich auch nie als eine übergeordnete wissenschaftliche Prüfinstanz verstanden hat. Ohne dass dies vermutlich von ihr je intendiert war, hat die Fokussierung der gesundheitspolitischen Entscheidungsträger auf die „Aktion Psychisch Kranke“ die Entwicklung universitärer Angebote im Bereich der Sozialpsychiatrie zumindest behindert. Als öffentliche Ansprechpartner stand die „Aktion Psychisch Kranke“ jedoch nie in einem Wettbewerb unterschiedlicher Ansichten und Ansätze, wie wir sie beispielsweise von einer diversifizierten Universitätsszene, die sich diesen Themenbereichen widmet, hätten erwarten dürfen.

Entwicklungen in Österreich und der Schweiz

Unausgesprochen ist bislang die Entwicklung in Österreich oder in der Schweiz mit der Entwicklung in Deutschland mehr oder weniger gleichgesetzt worden. Vor dem Hintergrund strukturell ziemlich ähnlicher Sozialleistungssysteme hat sich das Gesundheits- und Sozialwesen in diesen Ländern auch tatsächlich ähnlich entwickelt. In allen deutschsprachigen Ländern fokussiert die ambulante Behandlung auf das System der niedergelassenen Psychiater. Einen radikalen Richtungswechsel in der stationären Versorgung gab es in keinem deutschsprachigen Land. Aber natürlich gibt es auch erwähnenswerte Unterschiede: Ist die Psychiatriereform schon verspätet in Deutschland angekommen, wurde sie in Österreich noch später in Angriff genommen. Sehr lange wurde dort am klassischen Modell der Heil- und Pflegeanstalt festgehalten, allerdings mit deutlich schlechteren Standards als in Deutschland. Von den drei Universitätszentren Österreichs (Wien, Innsbruck, Graz) gingen jeweils regionale Reformimpulse aus, deren Umsetzung jedoch beträchtlich Zeit beanspruchte und bis in die heutige Zeit reichen. Allmählich entstehen in Österreich psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, während die großen Anstalten sukzessive verkleinert werden. Die Nervenheilanstalt Gugging in Niederösterreich wurde 2007 ganz geschlossen.

Noch etwas anders stellt sich die Situation in der Schweiz dar. Nie gab es eine (gesundheits-)politische Entwicklung, die das System der Anstalten infrage stellte. Folglich gibt es auch so gut wie keine Abteilungspsychiatrie. Zwei Gründe haben hierfür eine wichtige Rolle gespielt: Aufgrund der soliden Schweizer Finanzsituation waren in den Anstalten nie vergleichbar skandalöse Versorgungsmängel zu finden wie in anderen Europäischen Ländern. Die Ausstattung der psychiatrischen Kliniken war und ist personell wie strukturell sehr komfortabel. Zum anderen waren und sind die Anstalten wegen der kleinräumigen kantonalen Struktur der Schweiz immer gut erreichbar, während sich in Deutschland und Österreich der Besuch in einer Anstalt leicht zu einem Tagesausflug entwickeln konnte. Die

Schweiz hält circa 50 % mehr psychiatrische Betten vor als die beiden anderen deutschsprachigen Länder und verfügt über circa doppelt so viele niedergelassene Psychiater. Die Spannweite der institutionellen Angebote in Europa lässt sich gut an den Kosten verdeutlichen, die beispielsweise für die Versorgung an Schizophrenie erkrankter Menschen ausgegeben werden: So betragen in der Schweiz die jährlichen Kosten pro Patient rund das 12-fache der Kosten für diese Patienten in Spanien.

Der Reformwille ist in der Schweiz nicht übermäßig ausgeprägt, was zum Teil dem Schweizer Naturell entspricht und immerhin die Konsequenz nach sich zieht, dass selten ganz große Fehler gemacht werden. An der Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ war die Schweiz nie beteiligt, wenn auch eugenisches Gedankengut vielen Schweizer Psychiatern des beginnenden 20. Jahrhunderts nicht fremd war.

Wenn man jetzt resümierend den Status der deutschsprachigen Sozialpsychiatrie zusammenfassen soll, bleibt nicht viel Raum für ein wirklich positives Fazit. Der deutschsprachigen Sozialpsychiatrie der Nachkriegszeit ist es nie gelungen, ein solides wissenschaftliches Fundament an den Universitäten aufzubauen. Dabei waren nicht nur finstere Mächte am Werk, sondern einige der Entwicklungen gehen zulasten derer, die sich im Kernbereich dieses Faches engagiert haben. Die Folgen dieser Entwicklung an deutschsprachigen Universitäten sind ein allmählicher Niedergang der wenigen sozialpsychiatrischen Universitätsabteilungen, und zwar auch an den Abteilungen, die sich nach heutigem Wissenschaftsverständnis erfolgreich in der internationalen Wissenschaftsgemeinde etabliert haben. Die ist umso bedauerlicher, als das, was das (positive) Bild der Psychiatrie in der (kritischen) Öffentlichkeit prägt eben zumeist die sozialpsychiatrischen Angebote und Betreuungsverfahren sind. □

AUTOR

Wulf Rössler

Direktor der Klinik für Allgemeine und Soziale Psychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Forschungsbereich Klinische und Soziale Psychiatrie
E-Mail: roessler@dgspsz.ch

Interdisziplinäre Versorgung fördern

Sozialpsychiatrie-Vereinbarung für Erwachsene!

Die Sozialpsychiatrie hat im Bereich der Psychiatrie bei Erwachsenen derzeit einen zu geringen Stellenwert. Daran ändern auch die integrierten Versorgungsverträge nichts. Ein Ausweg könnte eine Sozialpsychiatrie-Vereinbarung sein, wie es sie im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt.

CHRISTIAN VOGEL

In einem Editorial der Zeitschrift Psychiatrie Praxis fragte Hans-Joachim Salize vor kurzem: „Sozialpsychiatrie – wohin?“ [Salize HJ Psychiat Prax 2012; 39: 199–201]. Er stellte fest, dass es im Bereich der Sozialpsychiatrie in versorgungspraktischer Hinsicht aktuell einen dramatischen Stillstand gäbe. Die Sozialpsychiatrie sei hierzulande so erstarrt, wie sie es selbst in ihrem Aufbruch in den 1970er- und 1980er-Jahren der Anstaltspsychiatrie vorgeworfen habe. Die versorgungspolitisch vor circa zehn Jahren eingeführte Leistung der ambulanten Soziotherapie werde nur sporadisch in

Anspruch genommen, aktuelle sozialpsychiatrische Debatten, wie die über das „Assertive Community Treatment“ (ACT) werden in Deutschland nicht geführt und die integrierte Versorgung habe unter sozialpsychiatrischem Aspekt bei Weitem nicht das gehalten, was man sich von ihr versprochen habe. Dem, wie auch den weiteren Anmerkungen von Salize, ist aus Sicht des niedergelassenen Psychiaters zuzustimmen.

Vorbild Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es eine Sozialpsychiatrie-

Vereinbarung, die Grundlage einer qualifizierten interdisziplinären sozialpsychiatrischen Behandlung ist. In der entsprechenden Vereinbarung, die zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) geschlossen wurde, wird eine Kooperation mit komplementären Berufen definiert im Sinne interdisziplinärer Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste. Es wird festgelegt, dass für die sozialpsychiatrische Versorgung dem Praxisteam ein Heilpädagoge und ein Sozialarbeiter be-

Das Fach Sozialpsychiatrie könnte durch die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung für Erwachsene die für viele Patienten so förderliche Wiederbelebung erfahren.



Gute Leistung muss bezahlt werden!



- Kommentar für Praxis und Klinik
- Amtliche Gebührenordnung – Ausschlüsse – Analoge Bewertungen – Abrechnungstipps
- Mit Auslegungshinweisen der BÄK, IGeL-Hinweisen und Abrechnungsbeispielen
- Mit aktuellen Gerichtsurteilen

7. A. 2013. Etwa 700 S. Brosch.

► € (D) 69,95

€ (A) 71,91 | sFr 87,50

ISBN 978-3-642-29291-0

NEUAUFLAGE

Jetzt bestellen!

springer.com

€ (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7% MwSt; € (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10% MwSt. sFr sind unverbindliche Preisempfehlungen. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

120333x

ziehungsweise eine entsprechende Zahl von Mitarbeitern mit jeweils vergleichbaren Qualifikationen angehören soll.

Ist-Zustand bei Erwachsenen

Die Sozialpsychiatrie hat in der Tradition von Häfner, von Baeyer und Kisker, die ihre Thesen dazu bereits in den 1960er-Jahren veröffentlichten, einen umfassenden Ansatz in anthropologischer und sozialwissenschaftlicher Theoriebildung, wie auch in gesellschaftspolitischem Engagement. Hier ist Salize zuzustimmen, dass andere Forschungsausrichtungen dies fast völlig verdrängt haben.

Mit der von der DGPPN entwickelten S3-Leitlinie zur psychosozialen Therapie bei schweren psychischen Störungen wurde immerhin der Versuch unternommen, die Relevanz sehr unterschiedlicher therapeutischer Interventionen bei psychischen Störungen systematisch zu erfassen und zu bewerten.

In der täglichen Arbeit des niedergelassenen Psychiaters spielen sozialpsychiatrische Aspekte eine wesentliche Rolle. Mehr als in anderen medizinischen Fächern ist der Arzt für Psychiatrie gleichzeitig mit der Symptomatik und dem sozialen Umfeld des Kranken, mit gesellschaftlichen Ursachen und Folgen seiner Erkrankung, auch mit juristischen Aspekten konfrontiert. In der Systematik unserer Vergütungsordnung bildet sich dies in den sogenannten Betreuungsleistungen ab.

In einigen Verträgen zur integrierten Versorgung im Fachgebiet Psychiatrie wurde versucht, neben den ärztlichen Leistungen andere Bestandteile eines komplexen Behandlungsansatzes mit sozialpsychiatrischem Hintergrund zusammenzuführen. Diese Modelle haben sich als durchaus effektiv erwiesen, wobei allerdings bei Evaluationen in erster Linie Parameter überprüft wurden, die für die Seite der GKV von Bedeutung sind, wie Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage und Tage stationärer Krankenhausbehandlung. Versorgungspolitisch ist das Bild eher düster. Das Bemühen um Modelle der integrierten Versorgung hat letztlich nicht zu flächendeckenden relevanten Konsequenzen geführt.

Wünschenswert wäre auch bei Erwachsenen eine Teamarbeit, wie sie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der

Sozialpsychiatrie-Vereinbarung beschrieben ist. Derzeit kann sie so aber nur in den psychiatrischen Institutsambulanzen dargestellt werden.

Vertraglich gesicherte interdisziplinäre Zusammenarbeit

Eine im Vergleich einfache, überregional mögliche und fachnah in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bereits erprobte Lösung wäre eine Sozialpsychiatrie-Vereinbarung für Erwachsene. Sie böte die Möglichkeit einer vertraglich begründeten interdisziplinären Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer und sozialpädagogischer Akteure und wäre im Vergleich zu partiellen regionalen Einzelverträgen oder schwer handhabbaren Einzelleistungen wie der ambulanten Soziotherapie eine praktikable Lösung. Sie sollte neben der gesamten medizinischen Diagnostik des psychiatrischen Fachgebiets spezifische Testdiagnostik, Beobachtung des Sozialverhaltens und der sozialen Bezüge ebenso beinhalten wie die Entwicklung und Umsetzung von Therapieplänen einschließlich soziotherapeutischer und pflegerischer Maßnahmen. Die Vergütung könnte, wie bei den Kinder- und Jugendpsychiatern, mit einer fallzahlgestaffelten Komplexpauuschale erfolgen. Damit wäre zwar noch nicht das Fach der Sozialpsychiatrie wiederbelebt, aber für die Versorgung der betroffenen Patienten ein wesentlicher Schritt getan. □

AUTOR

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

Spastikbehandlung endlich Teil der MS-Leitlinien

Die neuen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) berücksichtigen bei der Multiplen Sklerose (MS) erstmals auch symptomatische Therapien wie die Behandlung der Spastik.

„Fast alle Patienten mit MS entwickeln irgendwann eine Spastik, bei jedem Dritten wird sie alltagsrelevant“, erläuterte Professor Uwe Zettl, Rostock. Seit 1999 gab es keine neuen Zulassungen mehr für diese Indikation, obwohl die für diese Indikation zugelassenen

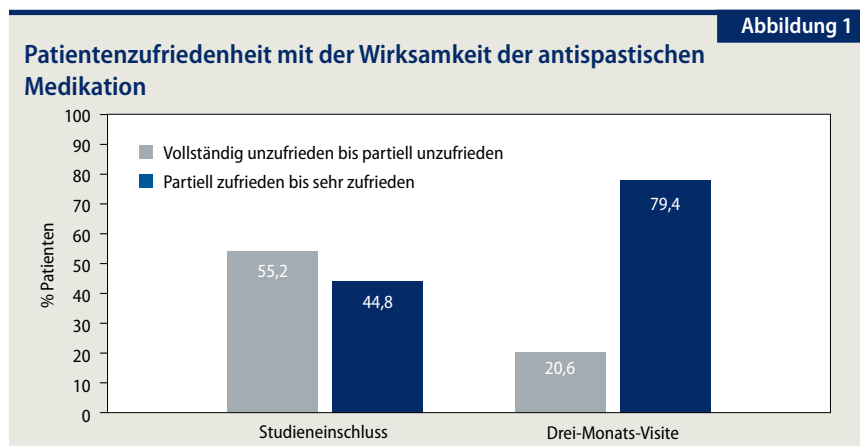
Antispastika wie Baclofen und Tizanidin laut Zettl nur eine limitierte funktionelle Verbesserung ermöglichen. Deshalb begrüßte er die Zulassung von Nabiximols (Sativex®) mit den Wirkstoffen Delta-9-Tetrahydrocannabinol und Cannabidiol im letzten Jahr. In der zulassungsrelevanten Studie sprach jeder zweite Patient mit MS-induzierter Spastik, der auf bisherige Therapien nur unzureichend angesprochen hatte, auf Nabiximols an [Novotna et al. 2011]. Die Schwere sowie

die Häufigkeit der Spastik verringerten sich, Schlafstörungen nahmen ab.

Nach der Versorgungsstudie MOVE 2 (Mobility improvEment in MS induced spasticity) bewährt sich Nabiximols zur Therapie der MS-induzierten Spastik auch in der Praxis. Drei Viertel der Patienten hatten nach Beurteilung der Ärzte nach vier Wochen auf die zusätzliche Therapie angesprochen, berichtete Professor Peter Flachenecker, Bad Wildbad. Fast 80 % der Patienten waren nach drei Monaten mit der Therapie „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“ – mit ihrer bisherigen Spastikbehandlung waren bei Studieneinschluss nur 44,8 % zufrieden gewesen (Abbildung 1). Als schwerwiegend bewertete Nebenwirkungen traten laut Flachenecker lediglich bei 1,2 % der Patienten auf.

Im Rahmen der frühen Nutzenbewertung hat der Gemeinsame Bundesausschuss dem Präparat inzwischen einen Zusatznutzen bei mittelschwerer bis schwerer MS-Spastik, die nicht angemessen auf eine andere antispastische Arzneimitteltherapie angesprochen hat, festgestellt.

Friederike Klein



Vier von fünf Patienten waren nach drei Monaten Nabiximols-Anwendung mit der Spastikbehandlung zufrieden oder sehr zufrieden. Zuvor waren es nur knapp die Hälfte.

Satellitensymposium „Spastikbehandlung bei Multipler Sklerose: Nabiximols im Versorgungsalltag“, im Rahmen des 85. DGN-Kongresses, Hamburg, 28.9.2012; Veranstalter Almirall

Wearing-off kommt oft schneller als vermutet

Wearing-Off-Phänomene treten nicht immer erst beim fortgeschrittenen Morbus Parkinson auf, sondern entwickeln sich deutlich früher als bisher angenommen. Professor Werner Poewe, Innsbruck, beklagte auf dem EFNS-Kongress 2012, dass dieses wichtige Warnsignal in der Praxis oft erst spät erkannt oder fehlinterpretiert werde. Denn Wearing-off sei auch ein Prädiktor für ein erhöhtes Risiko L-Dopa-induzierter Dyskinesien.

Laut Professor Fabrizio Stocchi, Rom, begünstigt nicht nur hoch dosiertes L-Dopa (> 600 mg/d) motorische Fluktuationen, sondern auch Dopaminagonisten. So seien unter einer Monotherapie mit Ropinirol oder Pramipexol bereits nach 15 bis 21 Monaten erste Fluktuationen nachgewiesen worden. Wearing-Off-Phänomene verursachten bei den Betroffenen einen hohen Leidensdruck, weil ihre Alltagfunktion wegen der Unberechenbarkeit der Bewegungsstörungen stark ein-

geschränkt werde. Wearing-Off werde oft als L-Dopa-induzierte Dyskinesien fehlinterpretiert, meinte Professor Peter Jenner, London. Therapeutisch versuche man, die Ursache dieser Fluktuationen durch eine Glättung der stark schwankenden Dopaminkonzentrationen im Gehirn zu kompensieren. Eine kontinuierliche dopaminerge Stimulation könne in der Praxis aber auch durch eine optimierte orale L-Dopa-Gabe nicht mehr erreicht werden. Stattdessen erhalte der Abbaupfad über die Monooxidase B (MAO-B) zunehmende Bedeutung zur Regulation der Dopaminkonzentration im synaptischen Spalt. Es sei daher sinnvoller, die Therapie darauf einzustellen und unabhängiger von der L-Dopa-Versorgung zu werden.

Stocchi verwies auf eine aktuelle Cochrane-Analyse, die einer Add-on-Gabe von Rasagilin (Azilect®) im Vergleich zu dem COMT-Hemmer Entacapon eine vergleichbare

Wirksamkeit bei signifikant besserer Verträglichkeit bescheinigt [Stowe R et al. 2010]. Rasagilin führte in der PRESTO- und der LARGO-Studie auch in der fortgeschrittenen Situation zu einer Verringerung der täglichen Off-Zeit und einer Verlängerung der On-Zeit. Eine kürzlich publizierte LARGO-Substudie weise auf die lange Wirksamkeit des MAO-B-Hemmers tagsüber und nachts hin (Stocchi F et al. 2011). Nur Rasagilin, nicht aber Entacapon, verbesserte die motorischen Funktionseinschränkungen während der morgendlichen Off-Phasen signifikant gegenüber Placebo (UPDRS-Off-Subscore: Rasagilin $p < 0,05$, Entacapon $p = 0,14$ vs. Placebo).

Dr. Alexander Kretzschmar

Satellitensymposium „Optimizing symptomatic control in Parkinson's disease“, 16. EFNS-Tagung, Stockholm, 10.9.2012; Veranstalter: TEVA International & Lundbeck International

Alzheimer-Demenz

Die Zukunft des anti-beta-Amyloid-Medikaments Solanezumab gegen die Alzheimer-Demenz ist weiterhin offen. Am 8. Oktober wurden im Rahmen der Jahrestagung der American Neurological Association (ANA) in Boston erstmals Daten der beiden Phase-III-Studien zu Solanezumab öffentlich vorgestellt. Bereits im August hatte Lilly berichtet, dass die primären Endpunkte der Studien bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz nicht erreicht wurden. In der von Lilly durchgeführten vorselektierten Sekundäranalyse der gepoolten Daten aller Patienten mit leichter Alzheimer-Demenz aus beiden Studien konnte jedoch eine signifikante Verlangsamung der Abnahme der kognitiven Fähigkeiten gezeigt werden. Dieses Ergebnis entspricht einer Verlangsamung der Abnahme der kognitiven Fähigkeiten um 34%. Die Ergebnisse unabhängiger Analysen der beiden Studien, die ein akademisches Forschungskonsortium durchgeführt hat, kommen zu einem ähnlichen Ergebnis wie die Lilly-Analysen. Über das weitere Vorgehen für Solanezumab wird nach den Gesprächen mit den Zulassungsbehörden entschieden.

Nach Informationen von Lilly

Parkinson und RLS

Ab sofort ist für Rotigotin transdermales System (Neupro®) keine Kühlung mehr notwendig. Möglich wird dies laut Hersteller UCB Pharma durch eine neue Rezeptur, die eine Lagerung bei bis zu 25°C erlaubt. Die neuen Raumtemperaturpflaster sind am veränderten Packungsdesign erkennbar. Für einen kurzen Zeitraum sind beide Formulierungen verfügbar.

Nach Informationen von UCB

MS-Therapie: Möglichkeiten des frühen Zeitfensters nutzen

Gemäß den neuen Leitlinien zur Multiple Sklerose (MS) ist, aufgrund neuerer Studien, der Beginn einer Therapie bereits bei Vorliegen eines klinisch isolierten Syndroms (CIS) indiziert. Fachärzte stellten in diesem Zusammenhang auf dem DGN-Kongress in Hamburg Daten vor, welche belegen, dass der Benefit eines frühen Beginn nicht mehr eingeholt werden kann. In den gerade aktualisierten Leitlinien zur MS, so Professor Bernd Kieseier, Düsseldorf, heißt es: „Die Frühtherapie der schubförmigen MS mit IFN- β -Präparaten oder Glatiramacetat ist als neues Paradigma zu empfehlen, nachdem vier positive Studien mit Klasse-I-Evidenz vorliegen.“ Eine dieser Untersuchungen war die REFLEX-Studie [Comi G et al. Lancet Neurology; 2012; 11: 33–41]. In die internationale doppelblinde, placebo-kontrollierte Phase-III-Studie wurden 517 Patienten eingeschlossen, bei denen ein klinisch isoliertes Syndrom aufgetreten war, zusammen mit MRT-Anzeichen für eine MS. Die Probanden erhielten entweder Interferon beta-1a (Rebif®) 3 x 44 µg/Woche, 1 x 44 µg/Woche oder Placebo über zunächst zwei Jahre. Bei einem zweiten Ereignis wurde den Patienten eine Behandlung mit Rebif 3 x 44 µg/Woche angeboten. Das Risiko nach zwei Jahren eine McDonalds-MS zu entwickeln lag unter Placebo bei

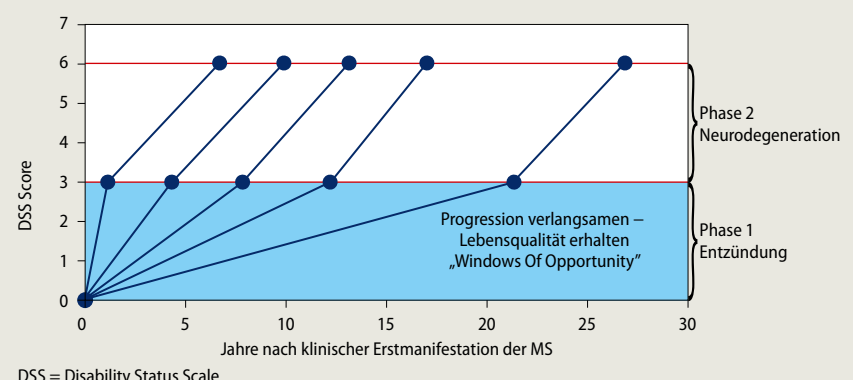
85,8%, bei dreimal wöchentlicher Gabe von IFN-beta 1a s.c. bei 62,5 %. Die Extension dieser Studie, über weitere drei Jahre, zeigt in einer Interimsanalyse, dass die frühe Gabe von IFN-beta 1a s.c. im Vergleich mit dem verspäteten Beginn immer noch eine signifikante Senkung des Risikos des Umschlags in eine manifeste MS zur Folge hat (vs. 3 x/ Woche initial: $p = 0,002$). Dies ist auch deshalb besonders wichtig, betont der Düsseldorfer Neurologe, weil gerade in der ersten Phase einer MS die Verlangsamung der Progression besonders effektiv ist. Die Entwicklung bis zu einem EDSS von 3 wird als Fenster der Möglichkeiten einer besonders effektiven Intervention angesehen, weil bis dahin eine große interindividuelle Variabilität vorherrscht. Ist ein EDSS von 3 aber überschritten, verläuft die weitere Progression hin zum EDSS von 6 bei allen Patienten zeitlich sehr ähnlich [Leray E et al. Brain 2010; 133: 1900–13] (Abbildung 1).

Reimund Freye

Satellitensymposium: „Multiple Sklerose – Herausforderung der frühen Prognose, Diagnose und Therapie“, im Rahmen des 85. DGN-Kongresses, Hamburg, 28.9.2012
Veranstalter: Merck Serono

MS – eine Erkrankung in zwei Phasen

Abbildung 1



In der Entzündungsphase – bis zu einem EDSS von 3 – verläuft die MS individuell unterschiedlich. Danach – in der neurodegenerativen Phase – ist der zeitliche Verlauf der Behinderungsprogression sehr ähnlich; und kaum noch medikamentös zu beeinflussen.

Lebensqualität bei Demenz im Fokus

➔ Mangelnde Toleranz von Behandlungen, intravenösen Zugängen, Sonden oder Blasenkathe tern, motorische Unruhe, Nachaktivität: Das sind typische Probleme bei der akut stationären Versorgung von dementen Patienten; und Krankenhäuser sind häufig nicht gut genug vorbereitet, sagte Professor Ralf-Joachim Schulz, Köln. Gelingen es, das Fortschreiten kognitiver und funktioneller Defizite zu verlangsamen und einer Erhöhung des Betreuungsaufwands vorzubeugen, seien wichtige Ziele erreicht, erläuterte Professor Matthias Riepe, Günzburg. Der N-Methyl-D-Aspartat (NMDA)-Rezeptorantagonist Memantine verbessere oder stabilisiere das klinische Gesamtbild, erläuterte Riepe. So habe die Auswertung gepoolter Daten von sechs randomisierten, placebokontrollierten doppelblinden Studien mit 1.826 Patienten mit moderater bis schwerer Demenz ergeben, dass sich unter Memantine 24 beziehungsweise 28 Wochen nach Studienbeginn Symptome wie Wahnvorstellungen, Reizbarkeit, Agitation und Aggression im Vergleich zu Placebo statistisch signifikant weniger verschlechtert oder sogar verbessert hatten [Int J Geriatr Psychiatry 2008; 23: 537–45]. Bei Patienten, die mit dem

Acetylcholinesterase-Hemmer Donepezil therapiert werden, lässt sich durch eine Kombination mit Memantine die klinische Verschlechterung wirksamer hinauszögern als durch Monotherapie mit Donepezil allein. Das belegen nach Angaben von Riepe die Responderanalysen der gepoolten Daten von 592 Patienten (MMSE < 20), die entweder die Kombination oder Donepezil plus Placebo erhalten hatten. Im Verlauf von sechs Monaten kam es bei 19,6 % der Patienten unter Donepezil-Monotherapie zu einer ausgeprägten klinischen Verschlechterung, aber nur bei 8 % der Patienten unter der Kombinationstherapie. Für jegliche klinische Verschlechterung betrugen die Werte 17,9 % und 28,5 % (Kombinations-/Monotherapie). „Eine generelle Empfehlung für die Kombinationstherapie zu geben, wäre derzeit nicht leitliniengemäß“, sagte Riepe, es sei eher eine mögliche künftige Option, Antidementiva mit verschiedenen Wirkprinzipien primär zu kombinieren.

Dr. Nicola Siegmund-Schultze

Alzheimer-Demenz – eine interdisziplinäre Herausforderung; Bonn, 14.9.2012;
Veranstalter: Merz

Weitere orale MS-Therapie vor Zulassung

➔ Die Weichen sind gestellt. Auf Grundlage der Ergebnisse aus den Studien DEFINE (n = 1.234) und CONFIRM (n = 1.430) wurde bei der europäischen EMA und der US-amerikanischen FDA die Zulassung für orales BG-12/Dimethylfumarat zur Behandlung von Patienten mit MS beantragt. BG-12 habe die jährliche Schubrate um 53 % (DEFINE) beziehungsweise 44 % (CONFIRM) reduziert, fasste Professor Bernhard Hemmer, München, die Ergebnisse zusammen. Die signifikante Überlegenheit gegenüber Placebo ($p < 0,001$) war nahezu identisch unter der niedrigen (480 mg = 2 x täglich 240 mg) und hohen (720 mg = 3 x täglich 240 mg) Tagesdosis. Die CONFIRM-Studie umfasste zusätzlich eine Referenzgruppe, welche Glatirameracetat (20 mg/d subkutan) mit Placebo verglich. Im indirekten Vergleich zeigte sich BG-12 überlegen – signifikant in der hohen (Reduktion der jährlichen Schubrate um 31 %, $p = 0,02$) und im Trend in der niedrigen Tagesdosis (21 %, $p = 0,10$) [Gold R et

al. N Engl J Med 2012; 367: 1098–1107; Fox R et al. N Engl J Med 2012; 367: 1087–1097]. Die krankheitsmodifizierende Potenz von BG-12 spiegeln auch die MRT-Befunde wider. In beiden Studien zeigten die Verumgruppen eine signifikante Reduktion der subklinischen Aktivität (T2-hyperintense, kontrastmittelaufnehmende und T1-hypointense Herde) im Vergleich zu den Kontrollgruppen. Etwa 35 % der Patienten berichteten über Flush-Symptome und 40 % über gastrointestinale Probleme. Eine milde Lymphopenie wurde in etwa in 3 % beobachtet. Infektionen seien bei den mit BG-12 behandelten Patienten selten gewesen, in DEFINE nicht häufiger als unter Placebo, in CONFIRM mit diskret erhöhter Inzidenz im Vergleich zu Glatirameracetat und Placebo, sagte Hemmer.

Gabriele Blaeser-Kiel,

Satellitensymposium „Ziele der MS-Therapie: Illusion oder Realität“ 85. DGN-Kongress, Hamburg, 27.9.2012; Veranstalter: Biogen Idec

Depression und Angst

— Eine nicht-interventionelle Studie hat die Wirksamkeit von Escitalopram (Ciprallex®) bei Patienten mit Depressionen und komorbider Angststörung bestätigt. 2.911 Patienten mit Depression (F32/F33, svMADRS-Wert > 12) und komorbider Angststörung (F40/F41, HAMA-Wert ≥ 10) wurden über 16 Wochen beobachtet. Primäre Endpunkte waren die Remission der Symptome im svMADRS (Gesamtscore ≤ 12) und im HAMA (Gesamtscore ≤ 10). Sekundäre Endpunkte waren die Veränderung des Schweregrades und die Responderrate (Responder definiert als eine Abnahme des Ausgangswertes auf svMADRS und HAMA um mindestens 50 %). Zu Beginn der Studie wurden 70,4 % der Patienten mit 10 mg/d Escitalopram behandelt, 21,5 % mit 20 mg/d, die restlichen Patienten mit einer anderen Dosierung. Im Durchschnitt sank die Schwere der Depression nach 16 Wochen von 33,0 auf 8,9 Punkte. Die Remissionsrate lag bei 72,9 %, die Responderrate bei 83,1 %. Die mittlere Angstsymptomatik nahm von 28,8 auf 8,8 Punkte ab. Die Responderrate lag bei 80,2 %, 63,9 % erlangten eine Remission.

Nach Informationen von Lundbeck

Alzheimer-Demenz

— Seit zehn Jahren steht mit dem NMDA (N-Methyl-D-Aspartat)-Rezeptorantagonisten Ebixa® (Memantin) ein Antidementivum zur Behandlung der moderaten bis schweren Alzheimer-Demenz zur Verfügung. In dieser Zeit wurde der Wirkstoff in nationalen Leitlinien verankert und hat sich in Klinik und Praxis etabliert. In einer Pressemitteilung betont der Hersteller Lundbeck, dass der Nutzen von Ebixa® in Klinik und Praxis durch internationale Fachgesellschaften sowie dem National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) anerkannt worden ist. Auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) habe den Nutzen im Bereich der kognitiven Leistungsfähigkeit anerkannt und sehe Hinweise auf einen Nutzen bei den alltagspraktischen Fähigkeiten.

Nach Informationen von Lundbeck

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 485 EUR für Chefarzte/Niedergelassene; 350 EUR für Fachärzte an Kliniken/Gemeinschafts-
praxismitglieder; 90 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 485 EUR für Chefarzte/Niedergelassene; 350 EUR für Fachärzte an Kliniken/Gemeinschafts-
praxismitglieder; 90 EUR für Ärzte in Weiterbildung).
- ☐ 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 ☐ niedergelassen ☐ in der Klinik tätig ☐ Chefarzt ☐ Facharzt
☐ Weiterbildungsassistent ☐ Neurologe ☐ Nervenarzt ☐ Psychiater
☐ in Gemeinschaftspraxis tätig mit: _____

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

- ☐ Fortschritte Neurologie / Psychiatrie ☐ Aktuelle Neurologie
- ☐ Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG ☐ Psychiatrische Praxis
- ☐ Die Rehabilitation ☐ Psychotherapie im Dialog
- ☐ PPMp – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie ☐ Balint-Journal

Es ist nur eine Auswahl
pro Mitglied möglich.

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

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

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

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.

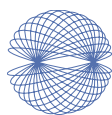
Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)



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: N.N.

Beisitzer: Christa Roth-Sackenheim, Andernach;

Uwe Meier, Grevenbroich; Paul Reuther,
Bad Neuenahr-Ahrweiler

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Württemberg: Birgit Imdahl

Bayern: Gunther Carl

Berlin: Gerd Benesch

Brandenburg: Gisela Damaschke

Bremen: Ulrich Dölle

Hamburg: Guntram Hinz

Hessen: Peter Laß-Tegethoff

Mecklenburg-Vorpommern:

Ramon Meißner, Frank Unger

Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg

Nordrhein: Frank Bergmann, Angelika Haus

Rheinland-Pfalz: Günther Endrass

Saarland: Helmut Storz

Sachsen: Babette Schmidt

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Fritz König

Thüringen: N. N.

Westfalen: Rüdiger Sassmannshausen

Ansprechpartner für Themenfelder

Neue Medien: A. Hillienhof

EDV, Wirtschaftliche Praxisführung:

Th. Krichenbauer

Forensik und Gutachten Psychiatrie:

P. Christian Vogel

Gutachten Neurologie: F. Jungmann

Belegarztwesen Neurologie: J. Elbrächter

Fortbildung Assistenzpersonal:

R. Urban

U. E. M. S. – Psychiatrie, EFPT: R. Urban

U. E. M. S. – Neurologie: F. Jungmann

Ausschüsse

Akademie für Psychiatrische und Neurologische

Fortbildung: A. Zacher, U. Meier

Ambulante Neurologische Rehabilitation:

P. Reuther

Ambulante Psychiatrische Reha/

Sozialpsychiatrie:

N. Mönter

Weiterbildungsordnung:

F. Bergmann, U. Meier, C. Roth-Sackenheim,

W. Lünser, Ch. Vogel

Leitlinien: F. Bergmann, U. Meier,

C. Roth-Sackenheim

Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigen-

gruppen: Vorstand

Referate

Demenz: J. Bohlken

Epileptologie: R. Berkenfeld

Neuroangiologie, Schlaganfall: P. Reuther

Neurootologie, Neuroophthalmologie: M. Freidel

Neuroorthopädie: B. Kugelgen

Neuropsychologie: P. Reuther

Neuroonkologie: W. E. Hofmann

Pharmakotherapie Neurologie: G. Nelles

Pharmakotherapie Psychiatrie: R. Urban
Prävention Psychiatrie: C. Roth-Sackenheim

Prävention Neurologie: P. Reuther

Schlaf: R. Bodenschatz, W. Lünser

Schmerztherapie Neurologie: U. Meier, M. Körwer

Schmerztherapie Psychiatrie: R. Wörz

Suchttherapie: U. Hutschenreuter, R. Peters

Umweltmedizin Neurologie: M. Freidel



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ www.neuroscout.de

Vorstand des BDN

1. Vorsitzender: Christian Gerloff, Hamburg

2. Vorsitzender: Uwe Meier, Grevenbroich

Schriftführer: Heinz Wiendl, Münster

Kassenwart: Karl-Otto Sigel, München

Beisitzer: Frank Bergmann, Aachen; Elmar Busch, Gel-
senkirchen; Peter Berlit, Essen; Heinz Herbst, Stuttgart

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

Ansprechpartner für Themenfelder

IV und MVZ: U. Meier, P. Reuther

GOÄ/EBM: R. Hagenah, U. Meier, H. Grehl

Qualitätsmanagement: U. Meier

Risikomanagement: R. Hagenah

Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN

DRG: R. Kiefer



Berufsverband Deutscher Psychiater

■ www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim,
Andernach

Stellvertretender Vorsitzender:

Christian Vogel, München

Schriftführer: Sabine Köhler, Jena

Schatzmeister: Oliver Biniash, Ingolstadt

Beisitzer: Uwe Bannert, Bad Segeberg;

Frank Bergmann, Aachen; Greif Sander, Sehnde

Referate

Soziotherapie: S. Schreckling

Sucht: G. Sander

Psychotherapie/Psychoanalyse: H. Martens

Forensik: C. Vogel

Geschäftsstelle des BVDN

D. Differt-Fritz

Gut Neuhoof, 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

Delegierte in Kommissionen der DGN

Leitlinien: U. Meier

Versorgungsforschung: U. Meier

Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung:

R. Hagenah

Anhaltsszahlen/Qualitätssicherung:

F. Reinhardt, P. Reuther

Rehabilitation: H. Masur

CME: 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: N. N.

Bayern: Karl-Otto Sigel

Berlin: Walter Raffauf

Brandenburg: Martin Delf, Frank Freitag

Bremen: Helfried Jacobs

Hamburg: Heinrich Goossens-Merkel, Peter Emrich

Hessen: Thomas Briebach

Mecklenburg-Vorpommern: Liane Hauk-Westerhoff

Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf

Nordrhein: Uwe Meier

Rheinland-Pfalz: Günther Endrass

Saarland: Richard Rohrer

Sachsen: Elke Wollenhaupt

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Uwe Meyer-Hülsmannl

Thüringen: Dirk Neubert

Westfalen: Martin Boursachs, Klaus Gorsboth

Übende Verfahren – Psychotherapie:

G. Wermke

Psychiatrie in Europa: G. Wermke

Kontakt BVDN, Gutachterwesen: F. Bergmann

ADHS bei Erwachsenen: B. Otto

PTSD: C. Roth-Sackenheim

Migrationssensible psych. Versorgung: G. Sander

BVDP-Landessprecher

Bayern: Hans Martens, Christian Vogel

Baden-Württemberg: F. von Zitzewitz, Birgit Imdahl,

Thomas Hug

Berlin: Norbert Mönter

Brandenburg: Delia Peschel

Bremen: n.n

Hamburg: Ute Bavendamm, Guntram Hinz

Hessen: Reinhard Naumann

Mecklenburg-Vorpommern: Christine Lehmann

Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg

Nordrhein: Christian Raida

Rheinland-Pfalz: Wolfgang Rossbach

Saarland: Gerd Wermke

Sachsen: Bennemann

Sachsen-Anhalt: Regina Nause

Schleswig-Holstein: Uwe Bannert

Thüringen: Lutz Bode

Westfalen: Rüdiger Sassmannshausen