

# »Heimlich zum unheimlichen Partner«

## Integrierte Versorgung – ein attraktives Geschäftsfeld für die Pharmaindustrie?

VON VOLKMAR ADERHOLD

Hätten Sie gedacht, dass die Pharmaindustrie die gesamte Behandlung einer Patientengruppe in einem Bundesland übernimmt? Und dass die Bundesregierung alles tut, um dies noch leichter zu machen? In Niedersachsen jedenfalls macht ein Pharmakonzern die ersten Erfahrungen. Diesen Vorgang möchte ich genauer darlegen und unter wissenschaftlichen, pharmakotherapeutischen, ökonomischen und ethischen Aspekten diskutieren.

### Ein Vertrag ...

In Niedersachsen also hat eine neu gegründete *Managementgesellschaft, die I3G GmbH* (Institut für Innovation und Integration im Gesundheitswesen GmbH), eine hundertprozentige Tochter des *Pharmaunternehmens Janssen-Cilag*, einen Vertrag über die Integrierte Versorgung (IV) nach § 140a ff. Sozialgesetzbuch (SGB) V mit der dortigen Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) für alle über achtzehnjährigen Patienten mit einer so genannten F2-Störung (Schizophrenie-Diagnosen nach ICD-10) geschlossen. Janssen-Cilag ist ein Tochterunternehmen des Pharmazie- und Konsumgüterherstellers Johnson & Johnson (61 Milliarden US-Dollar Umsatz in 2007) und stellt die Neuroleptika Invega und Risperdal sowie dessen Depotform Risperdal Consta her.

Mit der operativen Ausführung des IV-Vertrages seit dem 1. Oktober 2010 hat die I3G GmbH die Gesellschaft für medizinische Versorgung *Care4S GmbH* (steht für »Care for Schizophrenia«) beauftragt. Sie ist mit dem Aufbau und der Unterstützung eines flächendeckenden Netzwerks insbesondere aus niedergelassenen Fachärzten und ambulanten psychiatrischer Fachpflege sowie Sozialtherapie und Physiotherapie in Niedersachsen beauftragt. Sie ist nicht Auftragnehmerin der AOK Niedersachsen. Vielmehr ist sie Auftragnehmerin der I3G – und damit direkt abhängig von deren Entscheidungen. Finanziert wird die Care4S von *Turgot Ventures*, einem Schweizer Unternehmen, das laut Homepage »strategische Geschäftskonzepte ... in den attraktivsten Wachstumsfeldern Deutschlands« entwickelt. Es vertreibt auch Software im Zusammenhang mit diesem Vertrag.

Der Direktvertrag zwischen der I3G und der AOK Niedersachsen wurde zusätzlich als Budgetvertrag für alle Patienten (12 000) mit F2-Störungen geschlossen. Damit werden

Budgetverantwortung und ökonomisches Risiko auf die I3G übertragen, die bei Budgetüberschreitungen mit einem Risikokapital von 10 Millionen Euro haftet. Schon aus handels- und gesellschaftsrechtlichen Gründen müssen dieser Risikoübernahme entsprechende realistische Gewinnerwartungen gegenüberstehen.

Die »Zeit« (Nr. 11 vom 10. März 2011) erfährt aus nicht genannten Quellen: »Die I3G erhalte für jedes der nächsten sieben Jahre ein Grundbudget, das den Kosten für die Regelversorgung entspreche; dieses Jahr wären



das 52 Millionen Euro. Falls die I3G es schafft, die Zahl der Klinikaufenthalte zu senken und die Integrierte Versorgung dadurch billiger als die Regelversorgung zu machen, dann bleibt ihr der Rest. Einsparungen von bis zu 10 Millionen Euro im Jahr seien möglich, schätzt man bei den Projektpartnern. Bei Volkskrankheiten (allein von Depressionen sind mehrere Millionen Bundesbürger betroffen) könnte die Integrierte Versorgung so zur Goldgrube werden.«

Die Ausschreibung der AOK Niedersachsen forderte ein landesweites, integriertes und sektorübergreifendes Versorgungsmanagement mit Budgetverantwortung für die Therapie der Schizophrenie mit – Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance, – vorrangig ambulanter Versorgung, – Implementierung von Behandlungspfaden, – langfristigen funktionalen Gesamtbehandlungsplänen.

Die vertragsärztliche Versorgung ist nicht Gegenstand der Budgetverantwortung. Das Versorgungssystem soll bis zu 15 000 Versicherte versorgen können.

Bewerber waren unter anderem die Firmen Hochtief und Berger Strategy Consultants. Den Zuschlag hat die Managementgesellschaft I3G bekommen. Ihr Geschäftsführer, Dr. Klaus Suwelack, war bis August 2010 bei Janssen-Cilag beschäftigt und unter anderem verantwortlich für Kooperationen im Gesundheitswesen. Die Vorsitzende der Geschäftsführung ist Marlis L. Richter, ehemalige Vizepräsidentin New Business bei Janssen.

Ein Rollout des Vertrags in Deutschland und ganz Europa ist erklärte Absicht. Damit betritt zum ersten Mal in Deutschland die Pharmaindustrie das Feld der psychiatrischen Versorgung.

Darüber hinaus hat der Bundestag am 12. November 2010 mit der Regierungsmehrheit zusätzlich eine Gesetzesänderung des § 140b SGB beschlossen, sodass nun Pharmafirmen und Hersteller von Medizinprodukten sogar direkte Vertragspartner der Krankenkassen werden können. Die Gründung einer zwischengeschalteten Managementgesellschaft – wie noch in diesem Vertrag – ist zukünftig nicht mehr erforderlich. Damit zeigt der Gesetzgeber, dass er diese Entwicklung durchaus beabsichtigt und erleichtern will.

### ... und seine Folgen

Die wichtigen Problemebenen dieses Versorgungsvertrages sind:

#### Versorgungskonzept

Care4S »wird ein flächendeckendes Netzwerk von Fachärzten und Fachpflegern unterstützen, die jeweils den Kern eines Behandlungsteams bilden und mit der Care4S GmbH in einem direkten Vertragsverhältnis stehen. Die Teams können Hausärzte, Physiotherapeuten, kommunale Einrichtungen oder auch Krankenhäuser einbinden, die ihrerseits wiederum die Therapie mitgestalten und sich vernetzen können« (Pressemitteilung von I3G, Care4S, AOK).

Therapeutische Funktionen umfassen: »Case-Management«, »aufsuchende gemeindenahe Betreuung«, in Krisen 24-Stunden-Kontaktmöglichkeiten mit der ambulanten psychiatrischen Pflege, »intensivierte ambulante Behandlung« oder Klinikeinweisung. Bei entsprechendem Unterstützungsbedarf: Bezugstherapeuten, die bei Zustandsverschlechterungen ein rechtzeitiges Eingreifen sichern, Gemeindeintegration fördern, gezielt an geeignete komplementäre Versor-



Loccum 2011: DGSP protestiert gegen Verträge zwischen AOK und Pharmaindustrie

Foto: Michaela Hoffmann

gungsangebote heranzuführen, bei der Integration im Wohn- und Arbeitsumfeld unterstützen sowie die Selbstbestimmung und Eigenständigkeit der Patienten fördern. Parallel dazu »psychoedukative Gruppenangebote für die Erkrankten und deren Angehörige [zur] Information über die Erkrankung und ihre Behandlung ... Auf diese Weise soll die Behandlungadhärenz gestärkt und die Früherkennung von Krankheitsrückfällen verbessert werden.« »Der Arzt behält für jeden einzelnen Patienten die volle Therapiefreiheit einschließlich der Pharmakotherapie« (Positionspapier der AOK Niedersachsen zur Integrierten Versorgung Schizophrenie).

In späteren Presseverlautbarungen – vermutlich unter dem Druck der kritischen Fachöffentlichkeit – wird auch von »Psychotherapie« (Dr. Suwelack) und Einbindung »verhaltens- und familientherapeutischer Konzepte« gesprochen, für die noch Partner gefunden werden müssen (Dr. Walle im »Eppendorfer« 1/2011).

Dieses Konzept sei auf der Basis evidenzbasierter Leitlinien entwickelt worden. Um die Leitlinie Schizophrenie der deutschen Fachgesellschaft DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) kann es sich dabei nicht handeln. Die letzte S3-Leitlinie für Schizophrenie der DGPPN wurde zwischen 2003 und 2005 entwickelt. S3-Leitlinien müssen regelmäßig aktualisiert werden. Daher wurde bereits in der Leitlinie für Schizophrenie formuliert: »Die Leitlinie ist bis Ende 2008 gültig. Eine Überarbeitung ist bis zu diesem

Zeitpunkt vorgesehen.« Gegenwärtig wird sie deutlich verspätet überarbeitet. Eine gültige Leitlinie dieser Fachgesellschaft gibt es daher derzeit nicht. Andere Organisationen haben in Deutschland keine Leitlinien entwickelt. Staatliche Leitlinien wie in Großbritannien gibt es in Deutschland nicht.

Die ausgewählten Therapiemodule entsprechen hingegen nicht aktuell gültigen und qualitativ hochwertigen internationalen evidenzbasierten Leitlinien, wie denen des staatlichen britischen Instituts NICE von 2009 oder auch den US-amerikanischen PORT 2009. NICE (2009) fordert:

- mindestens sechzehn Sitzungen kognitiv-behaviorale Einzeltherapie für jeden Patienten,
  - mindestens zehn Sitzungen Familienintervention für Familien, weitere Bezugspersonen und möglichst der Person mit Schizophrenie, wenn diese in engem Kontakt miteinander stehen,
  - möglicherweise Kunsttherapie,
  - möglicherweise die Anwendung psychoanalytischer und psychodynamischer Prinzipien, um Menschen mit Schizophrenie zu helfen, ihre Erfahrungen und zwischenmenschlichen Beziehungen zu verstehen.
- Nicht angeboten werden soll (»do not«) »Adhärenz-Therapie« als spezifische Intervention, weil die Wirksamkeit nicht nachgewiesen werden konnte.

Für Psychoedukation gibt es ebenfalls keine neue sichere Evidenz für ihre Wirksamkeit (NICE 2009). Psychoedukation wurde in Großbritannien deshalb nie in die Leitlinien Schizophrenie aufgenommen.

Nach den NICE-Leitlinien gilt bereits:

- Wenn sich der Patient für ein Absetzen der Medikation entscheidet, besteht die Pflicht, ihn über das höhere Rückfallrisiko ein bis zwei Jahren nach dem Absetzen zu informieren. Dieser Absetzversuch soll dann durch langsame Reduktion der Dosis und kontinuierliche Kontrolle der Symptome über zwei Jahre begleitet werden.
- Beginn der antipsychotischen Medikation mit einer Dosis am unteren Rande des Dosierungsbereichs und langsame titrierende Höherdosierung innerhalb des vorgegebenen Dosisbereichs.
- Keine regelmäßige kombinierte antipsychotische Medikation, außer für kurze Zeiträume.
- Vollständige Aufklärung vor Beginn der Medikation.
- Möglichst gemeinsame (kollaborative) Erarbeitung von Voraussetzungen.
- Information über das Recht zur Beschwerde.

#### Verordnung von Psychopharmaka

- Erklärtes pharmakotherapeutisches Ziel des IV-Vertrages ist eine »Verstetigung« der neuroleptischen Medikation.
- Es besteht volle Therapiefreiheit des behandelnden Arztes.
- »Im Vertrag ist explizit vorgesehen, dass Gegensteuerungsmaßnahmen ergriffen werden, sollte es zu Umsatzverschiebungen oder Mengenentwicklungen zu Gunsten einzelner pharmazeutischer Unternehmen kommen« (Positionspapier AOK Niedersachsen).
- Unklar bleibt dann jedoch, was bei Ver-

schiebungen geschieht, wenn doch Therapiefreiheit der verordnenden Ärzte besteht.

■ Dass 40 Prozent der Menschen mit Störungen des Schizophrenie-Spektrums durch psychotherapeutisch kompetente ambulante Teams ganz ohne Neuroleptika behandelt werden könnten, sei nur am Rande erwähnt. Obwohl die Wirksamkeit einer solchen Behandlung in randomisierten Kontrollgruppen-Designs und quasiexperimentell mehrfach nachgewiesen werden konnte, hat diese Möglichkeit nie Eingang in die Leitlinien gefunden. Auch dies ist meines Erachtens im Wesentlichen auf den Einfluss der pharmazeutischen Industrie zurückzuführen.

#### »HMG-Optimierung« und »Upgrading«

Die Krankenkasse erhält dann den patientenbezogenen Vergütungszuschlag HMG (= hierarchisierte Morbiditätsgruppen) 054 (Schizophrenie) aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) aller Krankenkassen, wenn die verordnete Dosis und Verabreichungsdauer des Neuroleptikums mindestens 183 (= die Hälfte eines Jahres) Tagesmittelwerte (DDD = daily defined dose) – als unterstellter Indikator für die Behandlung eines relativ schwer gestörten Patienten – erreicht.

Für alle Substanzen mit so genannter ATC-Kodierung wurden diese zu verordnenden Tagesmittelwerte durch das DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) definiert. Sie liegen für Haldol bei 8 mg, für Solian bei 400 mg, Leponex 300 mg, Zyprexa 10 mg, Risperdal 5 mg bzw. Risperdal Consta 37,5 mg etc. 183 DDD eines Antipsychotikums bedeutet zum Beispiel, dass einem/einer Patienten/Patientin entweder 4 mg Haldol täglich über ein Jahr oder 8 mg täglich über 6 Monate verordnet wird.

Durch höhere Dosierungen und längere Verordnungen der Neuroleptika wird für mehr Patienten dieser Zuschlag erreicht.

Der HMG-054-Zuschlag für Schizophrenie beträgt derzeit 5 364,60 Euro für 2011. Die Beträge sind für alle Krankenkassen gleich.

Gesundheitsökonomische Schätzungen gehen dabei von einem zusätzlichen Einnahmepotenzial von 10 Millionen/Jahr für die AOK Niedersachsen aus.

Folgerichtig ist neuroleptische Niedrigdosierung »im Konzept nicht als Ziel enthalten« (Dr. Matthias Walle, in: »Eppendorfer« 12/2010). Die meisten durch Neuroleptika bedingten Nebenwirkungen sind jedoch dosisabhängig.

Grundsätzlich ist das Budget des Risikostrukturausgleichs gedeckelt. Eine bedeutsame zusätzliche Abschöpfung gelingt damit nur zu Beginn einer solchen kollektiven »HMG-Optimierung«. Dieses Vorgehen ist deshalb eine indirekte Aufforderung an an-

dere Kassen, Gleiches, und zwar möglichst bald, zu praktizieren. Es wird daher voraussichtlich eine Kettenreaktion auslösen und potenziell weitere Patientengruppen außerhalb Niedersachsens betreffen.

Insbesondere durch die Möglichkeit einer leichteren kontinuierlichen und flächendeckenden Steuerung der Pharmakotherapie im Rahmen von IV-Verträgen wird der HMG zu einem fehlsteuernden ökonomischen Anreizsystem:

(1) Die Erfahrung in der Behandlung chronisch psychisch erkrankter Menschen zeigt, dass oftmals die Adhärenz/Compliance bei der Pharmakotherapie nicht in dem gewünschten Umfang gegeben ist. Mangelnde medikamentöse Compliance führt nach diesem Bewertungssystem (Algorithmus) zu einer deutlich schlechteren Vergütung dieser Patientengruppe durch den Risikostrukturausgleich, obwohl gerade diese oft nicht weniger aufwendige medizinische Hilfen benötigen. Hierzu besteht damit jedoch keinerlei ökonomischer Anreiz.

(2) Umgekehrt wird bereits mit der Vergabe von 183 DDD eines Antipsychotikums eine hinreichende Leistung zur Erlangung des lukrativen Zuschlags in dieser Diagnosegruppe erbracht. Für weitere psychotherapeutische und psychosoziale Leistungen besteht wiederum keinerlei Anreiz. Vielmehr werden diese für die Krankenkassen lediglich zu einem Kostenfaktor.

(3) Für Patienten mit Schizophrenie, die aufgrund erheblicher Nebenwirkungen oder mangelhafter Hauptwirkung antipsychotische Medikation ablehnen und stattdessen einer intensiveren psychosozialen und psychotherapeutischen Unterstützung bedürfen, besteht keine adäquate Finanzierung solcher Leistungen. Es ist davon auszugehen, dass Krankenkassen ausgesprochen zurückhaltend bei der Gewährung solcher Leistungen sein werden. Immerhin schätzt die aktuelle NICE-Leitlinie 2009 zur Behandlung der Schizophrenie den Anteil von Patienten mit einer Schizophrenie, die eine unzureichende Response auf die medikamentösen Behandlungen zeigen, auf bis zu 40 Prozent.

(4) Durch eine periodische Höherdosierung lässt sich der Schwellenwert von 183 DDD erreichen, da eine Umrechnung der Gesamtdosen auf den jeweiligen DDD-Wert des Antipsychotikums erfolgt. Daher ist auch mit einer unangemessenen Dosissteigerung zu rechnen.

(5) Die internationale Debatte zur effektiven Dosis von Antipsychotika wird gegenwärtig wieder verstärkt geführt. Ermüthnende industrieunabhängige Studien in insgesamt nicht besseren Wirkeffektivität der so genannten Atypika und ihr auch dosisabhängig schädigendes Nebenwirkungsprofil

mit zum Teil erhöhtem Mortalitätsrisiko geben dazu Anlass. Erst im Februar 2011 weist eine Langzeitstudie zur dosisabhängigen Neurodegeneration unter Neuroleptika »auf die Bedeutung hin die niedrigste Dosis zu verordnen, die erforderlich ist, um die Symptome zu kontrollieren«<sup>1</sup> (Ho et al. 2011). Andere Forschergruppen stellen zum Beispiel auch die Notwendigkeit einer täglichen oralen Medikation infrage. Pilotstudien geben starke Hinweise, dass eine Einnahme der sonst üblichen im Abstand von drei Tagen ausreicht (Remington et al. 2010). Aus neurobiologischer Sicht ist daher – zur Abwendung vermeidbarer Schädigungen von Patienten – die Verordnung der individuell niedrigstmöglichen Dosis bedeutsam, sowohl in der Akutbehandlung als auch in der Erhaltungsdosis. Bei einer erheblichen Patientengruppe läge diese Dosis damit unter den durch das DIMDI angegebenen, wissenschaftlich nicht unumstrittenen DDD-Werten. Insbesondere die Dosierungen für Risperal und Risperdal Consta entsprechen nicht der wissenschaftlichen Evidenz (Davis et al. 2004). Aus aktueller evidenzbasierter wissenschaftlicher Sicht wäre in der ambulanten Behandlung die langsame Dosisreduktion in Kooperation von Patient und Arzt und bei zusätzlicher begleitender kognitiv-behavioraler Einzelpsychotherapie und Familientherapie zu fordern (siehe NICE 2009 und PORT 2009). Eine so genannte Adhärenztherapie wird von beiden Leitlinien verworfen, weil ein ausreichender Wirksamkeitsnachweis nicht erbracht werden konnte.

(6) Insgesamt ist die Wirksamkeit der Antipsychotika in den vorliegenden randomisierten Studien gegen eine so genannte Placebogruppe (dies waren jedoch Patienten, bei denen innerhalb von drei bis fünf Tagen Antipsychotika abrupt abgesetzt wurden) enttäuschend: Die »number needed to treat« (NNT)<sup>2</sup> beträgt 6; und unter Einschluss von Drop-out-Raten (Patienten, die ihre Teilnahme an der Studie vorzeitig beenden) beträgt die NNT = 7 (Leucht et al. 2009).

(7) Darüber hinaus könnten 40 Prozent der Patienten mit Schizophrenie-Diagnose durch geeignete psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungsformen wie die bedürfnisangepasste Behandlung (Arbeit mit Familien und sozialen Netzwerken und individuelle Psychotherapie bei Bedarf) und Milieuthherapie (Soteria) von Anfang an und auf Dauer ganz ohne Antipsychotika behandelt werden (Bola et al. 2009). Diese Behandlungsformen finden bis heute in so genannten evidenzbasierte Leitlinien keine Berücksichtigung, obwohl randomisierte und quasiexperimentelle Vergleichsstudien vorliegen. Das Behandlungsergebnis ist mindestens gleich gut oder besser und weniger schädigend

gend durch Psychopharmaka. Auch die weitere Einführung dieser Behandlungsformen in Deutschland wird durch den M-RSA-Algorithmus behindert.

Weiterhin ist ein bereits aus analogen Vertragssystemen bekanntes »Upgrading« bei der Diagnosestellung zu erwarten, also eine Zunahme der Diagnosestellung »Schizophrenie« mit entsprechenden ökonomischen Anreizen bei der Medikation.

#### **Bessere Vermarktung von Medikamenten**

Echte Innovationen werden bei allen Medikamentengruppen immer seltener. Die Wahrscheinlichkeit, einen neuen so genannten Blockbuster mit mehr als 1 Milliarde Jahresumsatz zu platzieren, wird immer geringer. Daher wird zunächst eine noch bessere Vermarktung vorhandener Medikamente betrieben.

Der Vertrag sieht angeblich Gegensteuerungsmaßnahmen bei Umsatzverschiebungen vor. Dies würde jedoch die Therapiefreiheit der verordnenden Psychiater einschränken.

#### **Neue Geschäftsfelder für die Pharmaindustrie**

Hiermit geht ein Versorgungsmodell mit eindeutig langfristiger Profitabsicht auf den Markt, der bereits für solche Versorgungsmodelle zugeschnitten wird. Dies macht die Ausschreibung der AOK deutlich. Auch die Gesetzgebung hat bereits eindeutig die Weichen gestellt.

Die Profite der Pharmaindustrie sind die höchsten aller Unternehmensbranchen. Pharmaindustrielle Unternehmen machen Gewinne in Höhe von 18,5 Prozent des Umsatzes, bei den anderen Top-500-Unternehmen liegt er im Durchschnitt bei 2,2 Prozent. Es gibt keine Berechtigung anzunehmen, dass diese nicht auch in dem neuen Geschäftsfeld langfristig realisiert werden sollen.

Durch den hohen Bettenstand in Deutschland ist eine Bettenreduktion um 40 Prozent gemäß Studienlage möglich. Die Umsteuerung vom stationären in den ambulanten Bereich ist wünschenswert, wenn sie zu einer hochwertigen ambulanten Versorgung führt. Bei diesem IV-Vertrag besteht jedoch der Verdacht, dass sie in erster Linie als Renditepotenzial genutzt werden soll. Daher sind die Träger von psychiatrischen Krankenhäusern – die in der Regel mit psychiatrischen Kliniken gute Gewinne (z.T. 16 Prozent) machen – ebenfalls zu erbitterten Gegnern des Modells geworden.

Weitere Pharmaunternehmen werden folgen. Die Firma Lilly formuliert bereits ähnliche Absichten. Diesbezüglich formuliert Prof. Jürgen-H. Mauthe im »Eppendorfer« 3/2011 (S. 12): »Die Integrierte Versorgung, »IV« ge-

nannt, ist in Niedersachsen in Verruf geraten, zumindest in Misskredit. Dr. med. Matthias Walle, der niedersächsische Protagonist, weiß das. Die Psycho-Pharmaindustrie ist heimlich zum unheimlichen Partner geworden. Warum macht sie das, wollen sie nur Medikamente verkaufen, und warum gibt es keine Kampfansage der Konkurrenz? Es könnte so sein: Sie treten in die Versorgung ein, lernen die Strukturen und Abläufe, Daten, Möglichkeiten und Risiken kennen, werden dann selbst als Psycho-Dienstleister auftreten, ihre Ärzte einstellen, sie gut bezahlen und die Versorgungsfelder, wie die Energieriesen jetzt schon, untereinander aufteilen: Schizophrenie an Janssen-C., Depression an Pfizer, und Lilly kriegt den Rest – »New Social Psychiatry.«

#### **Die Krankenkassen**

Einzelne Krankenkassen machen Defizite. So auch die AOK Niedersachsen. Für sie war die Budgetabsicherung durch die I3G sicher attraktiv. Was ist der Preis?

Der langfristige Schaden für das Image, die ethische Substanz und das Vertrauen in die gesetzlichen Krankenkassen ist jedoch erheblich. Sie sind keine Unternehmen, sondern haben als Körperschaften des öffentlichen Rechts die Beiträge der Versicherten sorgsam zu verwalten.

#### **Paradigmatisch ideologische Konsequenzen**

Der Umbau des psychiatrischen Denkens in den letzten dreißig Jahren hat sich auch unter dem erheblichen Einfluss der Pharmaindustrie vollzogen. Letztes bedeutsames Beispiel ist die fast zehnjährige Periode der weitgehend industrieabhängigen universitären Forschung und unkritischen Vermarktung atypischer Neuroleptika. Die meisten behaupteten Vorteile wurden in unabhängigen Studien nicht bestätigt. Diese Kolonisierung des Denkens würde sich unter der Pharmaindustrie als ambulantem Arbeitgeber noch weiter fortschreiten.

Betrachtet man die lange Liste von Strafzahlungen in Millionen- bzw. Milliardenhöhe, die die Pharmaindustrie wegen Gesetzesverstößen und Patientenschädigung zahlen musste<sup>3</sup>, kann man nur feststellen, dass diese sich angesichts der Profite offensichtlich immer gerechnet haben und rechnen werden.

#### **Bewertung und Ausblick**

Die Pharmaunternehmen sind strategisch sehr erfahren. Wahrscheinlich ist Niedersachsen zunächst nur ein Pilotprojekt ohne kurzfristige Gewinnerwartungen. Hier werden Erfahrungen gesammelt, auch zum Umgang mit der Öffentlichkeit.

Es ist zu erwarten, dass das Modell gerade am Anfang so gut wie möglich implementiert werden wird. Die Betreiber werden alles versuchen, möglichst wenig Anlässe zu Kritik zu geben. In Bezug auf die derzeit so unzureichende Versorgung im ambulanten Bereich des SGB V mag dieses Modell vordergründig wie ein Schritt nach vorne erscheinen.

Aber wollen wir wirklich, dass die ambulante Versorgung zu einem Geschäftszweig der Pharmaindustrie wird? Wollen die Krankenkassen das wirklich? Es kann davon ausgegangen werden, dass nicht alle Vertragspartner diese Entwicklung wirklich wollen, aber sie haben trotzdem zu verantworten, dass sie diese auf den Weg gebracht haben. Möglicherweise wie Zauberlehrlinge, die die Geister, die sie riefen, nun nicht wieder loswerden.

Hier ist umso mehr öffentlicher Druck erforderlich, vor allem der Versicherten und Mitarbeiter in der Psychiatrie. Eine Unterschriftenaktion der DGSP war bis heute unerwartet erfolgreich. Es lohnt sich, weiter zu sammeln. Eine öffentliche Online-(E-)Petition beim Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages ist in Planung. ■

**Dr. med. Volkmar Aderhold** ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Der Beitrag ist eine vom Autor überarbeitete und erweiterte Fassung seines in der Zeitschrift »Familiendynamik«, Heft 2, 2011, veröffentlichten Artikels.  
E-Mail-Kontakt: volkmar.aderhold@uni-greifswald.de

#### **Literatur:**

- BOLA JR, LEHTINEN K, CULLBERG J, CIOMPI L (2009): Psychosocial treatment, antipsychotic postponement, and low-dose medication strategies in first-episode psychosis: A review of the literature. *Psychosis* 1(1): 4–18.  
DAVIS JM, CHEN N (2004): Dose response and dose equivalence of antipsychotics. *J Clin Psychopharmacol*. 24: 192–208.  
DIXON LB et al (2009): The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36: 48–70.  
HO B-C et al (2011): Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 68(2): 128–137.  
LEUCHT S et al (2009): How effective are second-generation antipsychotic drugs? *Molecular Psychiatry* 14: 429–447.  
NICE CLINICAL GUIDELINE 82 (2009): Schizophrenia – Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health.  
REMYNTOON et al (2010): How much but also how often? *Schizophrenia Bulletin* 36: 900–903.

#### **Anmerkungen:**

- 1 Engl.: »the importance of prescribing the lowest doses necessary to control symptoms«.
- 2 Anzahl der Patienten, die behandelt werden müssen, um einen signifikanten therapeutischen Effekt bei einem Patienten zu erzielen.
- 3 [www.ahrp.org/cms/content/view/413/29](http://www.ahrp.org/cms/content/view/413/29)