

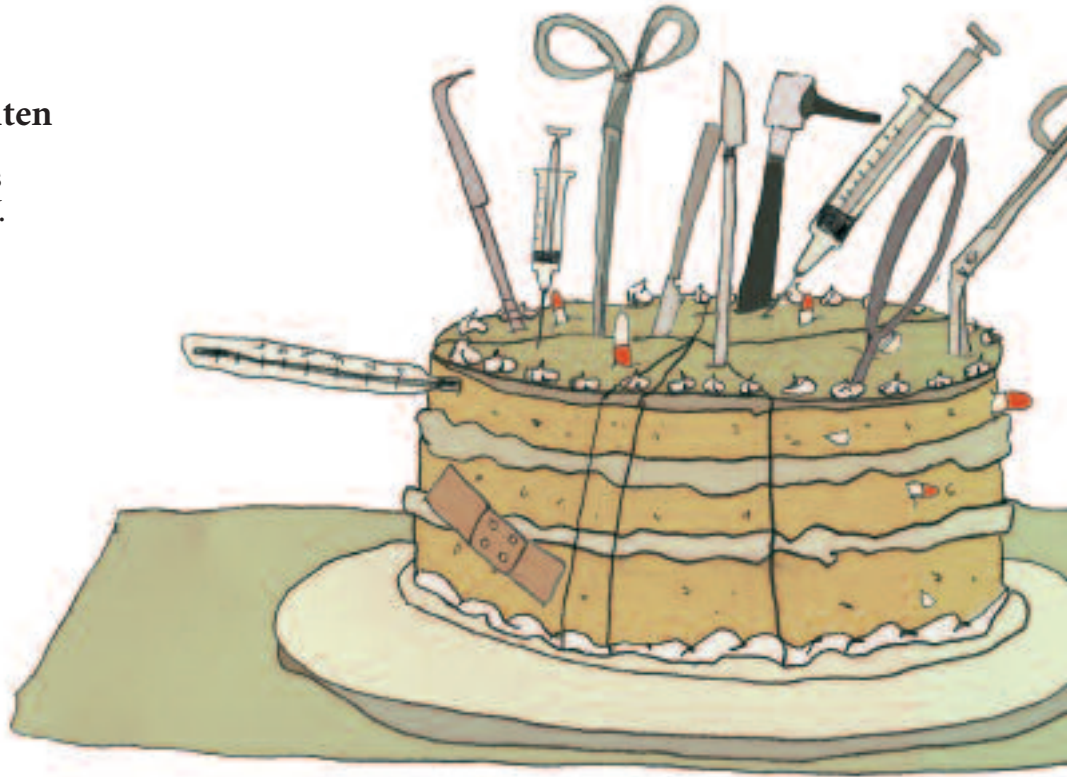
Projekt Psychotherapie

04/2008

Meinung · Wissen · Nachrichten

Das Magazin des Bundesverbandes
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Euro 6,00 · www.bvvp.de



Der Wert der Psychotherapie

Im zähen Kampf um ein Stück Kuchen von Mutter KV kommt die Psychotherapie immer noch zu kurz. Psychische Gesundheit als Menschenrecht darf aber beim Zuschnitt nicht unter den Tisch fallen.

Arbeiten Psychotherapeuten zu wenig?

Der Honorarmaßstab muss neu justiert werden.
Mit mehr Respekt vor der Belastungsgrenze.

Die Grenzen der evidenzbasierten Medizin

Leitlinien entpuppen sich als Reformer der Medizin und erstarren zur Vorschrift.
Wie gesund ist es, diesen Linien treu zu sein?

Psychotherapieforschung auf dem Prüfstand

Psychotherapie wirkt. Wie sieht es außerhalb des Labors aus?
Mehr Versorgungsforschung ist notwendig.

Attraktive Abopämie:

Für jedes Abonnement* erhalten Sie kostenlos das Buch »Spiegelbilder« vom Literaturnobelpreisträger Nagib Machfus im Wert von 29,80 Euro.

*solange Vorrat reicht

Bezug
Deutscher Levante Verlag GmbH
Linienstraße 106, 10115 Berlin
Fax: 030 · 39 835 188 5
bezug@zenithonline.de

*Vier Ausgaben/Jahr für 25,00 Euro,
35,00 Euro/Ausland

Männer in der islamischen Welt

zenith
Zeitschrift für den Orient.

Im aktuellen Heft:
Wie stark ist die Israel-Lobby?
Malediven – Islamisten im Paradies
Business-Knigge Orient

Im Bahnhofsbuchhandel
oder im Online-Shop
www.zenithonline.de
für 6,80 Euro.

Prophet? Liebhaber? Dandy? Rebell?



weiterlesen.

zenith
Zeitschrift für den Orient

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der bvvp setzt sich seit jeher ganz konkret für den „Wert der Psychotherapie“ ein, indem wir versuchen, das finanzielle Fundament zu sichern, ohne dass es keine psychotherapeutische Praxis und kein psychotherapeutisches Behandlungsangebot für seelisch kranke Menschen geben kann. Die Steuerung von Versorgungsstrukturen in unserem Gesundheitssystem erfolgt ganz wesentlich über die Ökonomie. Versorgungslandschaften prosperieren dort, wo der Strom des Geldes fließt und verkümmern, sobald eine bestimmte kritische Grenze unterschritten wird.

Auch wenn die Bundesrepublik zu den aufgeklärten und humanen Gesellschaften dieser Erde gehört, so kann man doch ein ständiges Gegenspiel von hoch entwickelten ethischen Prinzipien, den Schutz der Schwächsten einer Gesellschaft einschließend, und dem Prinzip des survival of the fittest beobachten. Seelisch Kranke haben schlechte Karten, wenn es nach dem Prinzip des survival of the fittest geht, und ihre Fürsprecher, die Psychotherapeuten, auch. Ein gebrochenes Bein oder ein Diabetes ist da weniger stigmatisierend.

Auch wenn in den letzten Jahren zunehmend offener über seelische Erkrankungen gesprochen wird und die Politik erkannt hat, dass die Versorgung seelisch Kranker besonderer Aufmerksamkeit bedarf, sind wir noch immer weit davon entfernt, dass sich die damit befassten Personen und Institutionen tatsächlich ohne emotionale Vorbehalte oder unter Hintanstellung anderer Interessen diesem Thema widmen würden. Die Bezahlung der ambulanten Psychotherapie, die die Existenzgrundlage unserer Praxen und damit die Voraussetzung überhaupt für die Versorgung darstellt, ist nach wie vor schwer abzusichern.

Die Krankenkassen sehen ihre Ausgaben in dem Bereich unaufhaltsam wachsen, verfügen aber über kein ihnen geeignet erscheinendes Konzept, den prognostizierten Morbiditätsanstieg begrenzend in den Griff zu bekommen. Unsere Mitbewerber um die Aufteilung des in der ambulanten Versorgung zur Verfügung stehenden Honorars, die Ärzte der anderen Fachgruppen, aber auch einige Vertreter unserer näheren Verwandtschaft, der Neurologen und Psychiater, beobachten mitunter misstrauisch die Bedeutungszunahme unseres Fachgebietes und geraten bei ihrem Kampf um den ihnen zustehenden Honoraranteil nicht selten in eine bedenkliche Konkurrenzhaltung.

Wenn es den Psychotherapeuten, wie jetzt in den jüngsten Verhandlungen im Bewertungsausschuss, gelingt, von den 2,5 Milliarden Euro etwa soviel Honorarzuwachs zu bekommen wie die anderen Fachgruppen auch, dann ist das für die Psychotherapie sensationell, für viele Standesvertreter unserer ärztlichen Mitbewerber aber schier unerträglich.

Warum wir aber eine humane Medizin und Psychotherapie brauchen, beleuchten die Artikel des Kollegen Bernd Hontschik und von Theologieprofessor Peter Schallenberg. Wir Psychotherapeuten verstehen die Rahmenbedingungen, die für unser Tun geschaffen werden, als Indikator für eine humane Medizin und Psychotherapie. Die Psychotherapie als Bollwerk gegen eine Überökonomisierung und als Brückenkopf zur zwendungsorientierten Medizin – das immer wieder neu zu erhalten und zu erstreiten haben wir uns auf die Fahnen geschrieben.

Heute gilt unser Dank allen denen, die als Beteiligte am Prozess der Gestaltung der Honorare für 2009 die Behandlung seelisch Kranker und damit die Psychotherapie im Blick behalten, und eine bundesweite Angleichung der Honorare ermöglicht haben.

Ihre Dr. Birgit Clever,
1. Vorsitzende des bvvp





Projekt Psychotherapie

04/2009

Das Magazin des Bundesverbandes
der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) e.V.

Meinung

- 05 **Tauziehen um Quotenhöhe geht weiter**
bvvp will Quote von 20 Prozent für psychotherapeutisch tätige Ärzte beibehalten. Der Gesetzentwurf zum GKV-Org WG steckt noch in den Kinderschuhen
- 06 **Mehr Quote für Kinder und Jugendliche**
Der Versorgungsanteil in der Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie muss angemessen erhöht werden
- 07 **Neues Wortverständnis**
Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie ergänzt seine Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie
- 07 **Zeit ist kein Kriterium**
Wissenschaftliche Anerkennung der Psychodynamischen Psychotherapie hängt nicht von Behandlungsdauer ab

Wissen

- 08 **Die Prägung im Ganzen**
Für Psychiatrie-Direktor Fritz Hohagen behauptet die Psychotherapie ihren festen Stellenwert in der Medizin

- 29 Marktplatz, Impressum
- 30 Literatur
- 31 Leserbrief
- 34 Veranstaltungskalender
- 35 Ausblick auf Heft 01/2009

Schwerpunkt Wert der Psychotherapie

- 11 **Gesundheit aus ethischer Sicht**
Beim Spagat zwischen Moral und Ökonomie fordert die Ethik den Wert der Gesundheit als fundamentales Grundrecht zurück
- 13 **Belohnt oder abgespeist**
Im Werteverfall reduziert sich die Medizin auf das Schema F. Der bedrohte Standort Psychotherapie behält aber seine unveräußerliche Legitimation
- 16 **Grenzen der evidenzbasierten Medizin**
Die Leitlinien entpuppen sich als Reformen der Heilkunst schlechthin. Wie gesund ist es, diesen Linien treu zu sein?
- 20 **Psychotherapieforschung auf dem Prüfstand**
Psychotherapie wirkt. Wie sieht es außerhalb des Labors aus? Thomas Fydrich fordert mehr Versorgungsforschung
- 22 **Falsch und unterbewertet**
Arbeiten Psychotherapeuten weniger als ihre Kollegen? Der Honorarmaßstab muss neu justiert werden
- 26 **Mehr Taschengeld für die sprechende Medizin**
Die Honorarverhandlungen beenden viele berufsethische Zwickmühlen. Eine angemessene Vergütung ist aber noch nicht erreicht

Nachrichten

- 28 **Ökonomie wird Leitwissenschaft**
Was bedeuten die gesundheitspolitischen Änderungen für die Psychotherapie?
- 29 **Letzte Meldung**
Schlecker steigt in Versandhandel mit Apotheken ein

Vertraulich

- 32 **Schwarze Schafe bleiben daheim**
Psychotherapeuten nehmen in der KV-Familie den Status der ungeliebten Kinder ein
- 33 **Psychiatrie-Hotline**
Die Notfallzentrale hilft jederzeit. Risiken sind im Normaltarif inklusive

Das Tauziehen um Quotenhöhe geht weiter

bvvp will Quote von 20 Prozent für psychotherapeutisch tätige Ärzte beibehalten. Manches ist schon erreicht, vieles umstritten oder auf Kippe. Der Gesetzentwurf zur GKV-OrgWG ist insgesamt noch unterentwickelt

Von *Martin Klett*, 2. stellvertretender Vorsitzender des bvvp



Fotos: Privat

Im Sozialgesetzbuch (SGB) V ist im Paragraphen 101 Abs. 4 festgelegt, dass ein Versorgungsanteil in Höhe von 40 Prozent den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten ist. Diese Regelung ist bis zum 31. Dezember 2008 befristet. Im Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wird die Absenkung der Quote auf 20 Prozent vorgeschlagen. Neu aufgenommen werden soll eine Quote von 10 Prozent für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln.

Im Vorfeld des Gesetzesentwurfes forderten die rein ärztlichen Verbände die 40-Prozent-Quote für ärztliche Psychotherapeuten beizubehalten, die ausschließlich Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PP/KJP) vertretenden Verbände forderten gemeinsam mit der Bundespsychotherapeutenkammer den Wegfall der Quote. Der bvvp fordert die Anpassung der Quote an die realen Verhältnisse, was derzeit einer Quote von 20-25 Prozent entspricht. Erfreulich ist, dass unser Vorschlag in den Gesetzesentwurf weitgehend eingegangen ist.

Strittiger ist die Höhe der Quote im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Der Gesetzesentwurf sieht 10 Prozent vor, was aber bei einer derzeitigen durchschnittlichen Quote von circa 13 Prozent der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten an der gesamten psychotherapeutischen Versorgung zu keiner nennenswer-

ten Verbesserung der Versorgung führen würde. Die Forderung, die Quote auf 20 Prozent anzuheben, wird von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und den Berufsverbänden gemeinsam erhoben. In vielen Gesprächen mit und Briefen an Gesundheitspolitiker aller Fraktionen haben wir die Notwendigkeit einer Quote von 20 Prozent für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie immer wieder dargelegt.

Bundesregierung weist 20-Prozent-Quote für KJP zurück

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) hat der Gesetzgeber die Möglichkeit geschaffen, dass Vertragsärzte nicht nur mit zeitlich vollem, sondern auch mit hälftigem Versorgungsauftrag an der Versorgung teilnehmen können (§ 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V sowie § 19a Abs. 2 Ärzte-ZV). Strittig ist aber, wie mit halben Praxissitzen zu verfahren ist. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die Rechtsauffassung, dass halbe Sitze nicht ausgeschrieben werden können. Im Gesetz soll nun eine klarstellende Präzisierung aufgenommen werden, dass auch halbe Sitze zur Nachbesetzung ausgeschrieben werden müssen. Diese Regelung würde es uns Psychotherapeuten erleichtern, im Alter weniger zu arbeiten und zunächst den halben Praxissitz abzugeben und erst später den Rest.

Im SGB V §95, Abs. 7 wird die Altersgrenze für Ärzte und Psychotherapeuten zur Berufsausübung im Rahmen der GKV mit der Vollendung des 68. Lebensjahres

festgelegt. Die Bundesregierung hat dazu erklärt, dass sie diese starre Regelung kippen will. Die Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Marion Caspers-Merk: „Damit wird einem wesentlichen Anliegen der Ärzte entsprochen, selbstbestimmt über den Zeitpunkt ihrer Nachfolge zu entscheiden“, sagte die SPD-Politikerin. Dass „leistungsfähige Ärzte auch über die Altersgrenze von 68 Jahren hinaus ihre Berufs- und Lebenserfahrung der Gesellschaft zugutekommen lassen“, begrüßte sie.

Auch wir begrüßen, wenn gerade Psychotherapeuten ihre Kompetenz länger zur Verfügung stellen könnten. Für den Psychotherapeutennachwuchs jedoch gäbe es dadurch ein Problem, denn die Sitze der Niedergelassenen würden dann erst später an die jungen KollegInnen abgegeben werden.

Solange es eine Bedarfsplanung gibt, welche die Zahl der Praxen einschränkt, sollte es auch Regelungen geben, die dem Nachwuchs die Niederlassung erleichtern. Wir schlagen vor, gleichzeitig mit dem Wegfall der Altersgrenze auch festzulegen, dass halbe Sitze – wie oben dargelegt – ausgeschrieben werden müssen. Das würde den Älteren einen sukzessiven Ausstieg aus dem Berufsleben ermöglichen und den Jüngeren die Chance geben, sukzessive einzusteigen. Wünschenswert wäre auch, dass zwei halbe Sitze zu einem ganzen verbunden werden dürfen. Dies würde die möglichen Nachteile des Wegfalls der Altersgrenze für die jungen KollegInnen gut kompensieren. Das Gesetz muss noch 2008 beschlossen werden.

Mehr Quote für Kinder und Jugendliche

Der bvvp fordert einen Versorgungsanteil von 20 Prozent in der Bedarfsplanung

Von *Birgit Clever*, 1. Vorsitzende des bvvp und *Martin Klett*, 2. Stellvertretender Vorsitzender des bvvp

Die **Beibehaltung** einer Quote für ärztliche Psychotherapeuten halten wir grundsätzlich für sachgerecht, da sie ein geeignetes Instrument darstellt, um die Niederlassungsmöglichkeiten einer einzelnen Berufsgruppe innerhalb einer gemeinsamen planungsrechtlichen Arztgruppe zu schützen.

Eine Quote von lediglich 10 Prozent für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten halten wir hingegen für keinesfalls sachgemäß und bitten Sie, sich diesem Vorschlag nicht anzuschließen. Eine Quote von 10 Prozent ist erheblich zu niedrig, um die mangelhafte Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nennenswert zu verbessern.

Wie uns bekannt wurde, wird gegen eine Quote von 20 Prozent seitens des BMG eingewendet, dass damit eine Unterversorgung festgeschrieben würde, wenn sich für die reservierten 20 Prozent der Sitze für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten keine Bewerber finden lassen würden. Das trifft unseres Erachtens wenn überhaupt aber nur für sehr wenige Gebiete zu, insgesamt stehen für frei werdende KJP-Sitze genügend Bewerber zur Verfügung.

Zur Begründung des befürchteten Bewerbermangels wird verschiedentlich angeführt, dass schon heute in vielen Gebieten mit ausreichenden KJP-Bewerbern kaum mehr als 10-15 Prozent Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten tätig sind. Diese Argumentation berücksichtigt jedoch nicht, dass es keine getrennte Bedarfsplanung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gibt. Wenn also beispielsweise in einem Zulassungsbezirk im Jahre 2000 13 Prozent Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten niedergelassen waren, dann hat sich dieser Prozentsatz trotz ausreichender beziehungsweise größerer Bewerberzahl aus der Gruppe der Kinder- und Ju-

gendlichenpsychotherapeuten nicht erhöht, da die Zulassungsausschüsse in der Regel einen frei werdenden Sitz eines Psychologischen Psychotherapeuten wieder an einen solchen vergeben und nicht an einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Im Gegenteil, in manchen Zulassungsausschüssen wird beispielsweise das Approbationsalter stärker gewichtet als die spezielle berufliche Tätigkeit als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, sodass es in diesen Bezirken sogar zu einem Rückgang der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gekommen ist, indem ein Sitz eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Verweis auf das längere Approbationsalter eines sich gleichzeitig bewerbenden Psychologischen Psychotherapeuten an diesen vergeben wurde.

Dieses Verteilungsmuster könnte bei gegebener gemeinsamer Bedarfsplanung eben tatsächlich nur mit einem zusätzlichen Steuerungselement, wie einer Quote von 20 Prozent, verändert und zugunsten eines höheren KJP-Anteils verschoben werden.

Die ebenfalls verschiedentlich geäußerte Vorstellung, dass es bei Einführung einer 20-Prozent-Quote zu mehr Niederlassungen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten insbesondere in bereits jetzt verhältnismäßig gut versorgten Gebieten kommen würde, nicht jedoch in den stärker unterversorgten neuen Bundesländern, halten wir ebenfalls nicht für sachgemäß, da die psychotherapeutische Versorgung durch große Ungleichgewichte auch in den so genannten „gut versorgten Gebieten“ gekennzeichnet ist. Da ein Versorgungsanteil von 20 Prozent dem tatsächlich epidemiologisch belegbaren Bedarf entspricht, wird durch die Festlegung der Quote in dieser Höhe auch keine unsachgemäße Überversorgung herbeigeführt, sondern eine in der gesamten Bundesrepublik sachlich notwendige Marge gesetzt. *

Uns ist es ein wichtiges Anliegen, bei der anstehenden Reform eine Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher zu erreichen. Wir möchten Sie daher bitten, sich für eine Anpassung des § 101 Abs. 4 wie folgt einzusetzen:

Zu Nummer 2 (Entwurf GKV-OrgWG §101 zu Buchstabe a), Satz 5 wird wie folgt gefasst:

In den Richtlinien nach Absatz 1 ist für die Zeit bis zum 31. Dezember 2013 sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorbehalten ist.

Freiburg, den 06. August 2008

Dr. med. Birgit Clever,
1. Vorsitzende des bvvp

Martin Klett,
2. Stellvertretender Vorsitzender des bvvp,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

* Aufgrund des Fehlens einer kleinräumigen Bedarfsplanung geben die Bedarfsplanungszahlen auch wenig Aufschluss über die wirkliche Versorgungslage. So gibt es z. B. in gesamt Baden-Württemberg einen Anteil von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von ca. 23 %. In einigen Zulassungsbezirken in diesem Bundesland liegt die Zahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aber erheblich unter diesem Wert, so dass bei Einführung einer Quote von 20 % doch eine nennenswerte Verbesserung der Versorgung erreicht werden könnte. Eine 10-%-Quote würde nach unserer Berechnung nur eine marginale Verbesserung in extrem unterversorgten Gebieten bewirken.

Neues Wortverständnis Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie ergänzt seine Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie vom 30. Juni 2008

Der WBP verabschiedete auf seiner Sitzung am 30. Juni 2008 eine Ergänzung zur Stellungnahme des Beirats zur Psychodynamischen Psychotherapie vom 11. November 2004.

In seiner Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie vom 11. November 2004 hat der WBP formuliert: „Der WBP hat beschlossen, in seiner Stellungnahme Psychodynamische Psychotherapie als Oberbegriff für die tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien und die psychoanalytischen Therapien zu verwenden. Die folgende Stellungnahme bezieht sich also auf die Psychodynamische Psychotherapie als ein Verfahren. Bei dieser Stellungnahme werden Langzeitbehandlungen (mehr als 100 Stunden) nicht berücksichtigt, da diese Behandlungsform besondere Forschungsfragen aufwirft, die in einer gesonderten Stellungnahme berücksichtigt werden sollen.“

Ferner heißt es in dem Abschnitt „Abschließende Hinweise“ der Stellungnahme: „Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie stellt zusammenfassend fest, dass die Psychodynamische Psychotherapie bei Erwachsenen für Behandlungen in folgenden

Anwendungsbereichen als wissenschaftlich anerkannt gelten kann: affektive Störungen, Angststörungen, Belastungsstörungen, dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen, Essstörungen, psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Missbrauch sowie Schizophrenie und wahnhaftige Störungen. Das gilt nicht für Langzeitbehandlungen ab 100 Stunden.“

Vor dem Hintergrund des am 22. November 2007 in Kraft getretenen Methodenpapiers ist die auf der Grundlage der Behandlungsdauer getroffene Einschränkung der wissenschaftlichen Anerkennung nicht mehr berechtigt. Der Wissenschaftliche Beirat versteht seinen Prüfauftrag für psychotherapeutische Verfahren nicht dahingehend, dass die Wirksamkeit der einem Verfahren zuzuordnenden Methoden jeweils gesondert zu belegen ist. Dies gilt erst recht für Variationen der Behandlungsdauer.

Differenzierungen dieser Aspekte sind nicht Gegenstand einer allgemeinen Bewertung von Psychotherapieverfahren unter der Fragestellung der wissenschaftlichen

Anerkennung eines Verfahrens, wie sie sich für den WBP aus dem Psychotherapeutengesetz als Auftrag ergibt. Der Wissenschaftliche Beirat bewertet daher das Verfahren der Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen insgesamt als Psychotherapieverfahren, dessen wissenschaftliche Anerkennung in den folgenden Anwendungsbereichen festgestellt werden kann: affektive Störungen, Angststörungen, Anpassungs- und Belastungsstörungen, dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen, Essstörungen, psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Missbrauch sowie Schizophrenie und wahnhaftige Störungen. Damit wird das Kriterium, das vom Wissenschaftlichen Beirat für erforderlich gehalten wird, um ein Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) zu empfehlen, deutlich erfüllt. Für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten wie auch für die ärztliche Weiterbildung gilt weiterhin die Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats, dass sich angesichts der Vielfalt der Methoden und Techniken der Psychodynamischen Psychotherapie die Ausbeziehungsweise Weiterbildung in diesem Verfahren nicht auf einzelne Methoden oder Techniken beschränken darf.

KOMMENTAR ZUR GEÄNDERTEN STELLUNGNAHME DES WBP

Zeit ist kein Kriterium Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie korrigiert sich selbst. Die wissenschaftliche Anerkennung der Psychodynamischen Psychotherapie hängt nicht mehr von der Behandlungsdauer ab

Von Birgit Clever, 1. Vorsitzende des bvvp

Wegen des am 22. November 2007 in Kraft getretenen Methodenpapiers hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) seine Stellungnahme zur Psychodynamischen Therapie überarbeitet.

Galt bisher nur die Psychodynamische Psychotherapie bis 100 Stunden als wissenschaftlich anerkannt mit der Folge, dass die psychoanalytisch orientierte Psycho-

therapie ihre wissenschaftliche Anerkennung erst noch separat hätte erreichen müssen, so wurde nun mit der Maßgabe, dass einem Verfahren zuzuordnende Methoden und erst recht Variationen der Behandlungsdauer nicht gesondert zu belegen seien, die auf der Grundlage der Behandlungsdauer getroffene Einschränkung der wissenschaftlichen Anerkennung fallen-

gelassen. Eine separate Prüfung der psychoanalytischen Psychotherapie wird damit hinfällig. So sehr man praktisch diese Entwicklung begrüßen mag, stellt sie fachlich gesehen jedoch die Verhältnisse auf den Kopf. Freud sprach vom Gold der Psychoanalyse, von dem sich die von ihr abgeleiteten modifizierten Verfahren wie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie deutlich unterscheiden. Und nun: Die Psychoanalyse, die sich als Mutter der psychodynamischen Verfahren versteht, findet sich in ihrer GKV-kompatiblen Form der analytischen Psychotherapie plötzlich als Unterabteilung der sogenannten „Psychodynamischen Verfahren“ wieder. Diese Verwendung der Begrifflichkeiten muss man doch zumindest als sehr gewöhnungsbedürftig einordnen.

Die Prägung im Ganzen

Fritz Hohagen kann sich psychiatrisches Denken und Handeln ohne Psychotherapie nicht vorstellen. Psychotherapie trägt dazu bei, den Menschen in seiner Gesamtheit mit sozialer, neurobiologischer und psychologischer Dimension wahrzunehmen

Von Uwe Bannert, Landesverband bvvp Schleswig-Holstein

Mögen Sie sich noch mit ein paar Worten unseren Lesern näher vorstellen?

Nach meinem Medizinstudium in Barcelona, Mannheim/Heidelberg und Paris und dreijähriger Facharztausbildung in der Neurologie an der neurologischen Universitätsklinik Heidelberg bin ich im Fach Psychiatrie und Psychotherapie tätig. Zunächst habe ich meine Assistenzarztzeit am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim absolviert, war dann mehrere Jahre Oberarzt an der psychiatrischen Universitätsklinik in Freiburg, wurde dort leitender Oberarzt, bis ich 1999 den Ruf auf den Lehrstuhl für Psychiatrie an der Universität Lübeck und die ärztliche Direktion der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum angenommen habe. Meine psychotherapeutische Weiterbildung habe ich zunächst in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie absolviert, habe dann eine kognitive Verhaltenstherapie Weiterbildung abgeschlossen und mich dann mit störungsorientierten Psychotherapieverfahren wie Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) beschäftigt

Welchen Stellenwert haben Psychotherapeutische Behandlungs-Methoden in Ihrer klinischen Arbeit für Sie persönlich und innerhalb Ihrer Klinik? Welche Methoden haben sich besonders hilfreich für Sie erwiesen?

Psychotherapie war für mich immer eine der wichtigsten Behandlungsmethoden neben Pharmakotherapie und sozialtherapeutischen Interventionen. Eine Psychiatrie ohne Psychotherapie kann ich mir nicht vorstellen. Betrachten Sie das Behandlungsspektrum einer modernen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, dort betreuen wir über 50 Prozent Patienten mit Diagnosegruppen, die primär mit Psychotherapie zu behandeln sind oder bei denen Psychotherapie eine herausragende Bedeutung hat, wie beispielsweise Persönlichkeitsstörungen, Patienten mit Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen. Deswegen gibt es an der Lübecker Klinik keine „Psychotherapiestation“, sondern „Psychotherapie auf jeder Station“. Dabei verfolgen wir ein störungsorientiertes Konzept, das heißt jede Station betreut schwerpunktmäßig ein Krankheitsbild und hat ein entsprechendes störungsorientiertes Psychotherapiekonzept für die jeweilige Patientengruppe ausgearbeitet. So haben wir spezialisierte Stationen für Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Angst- und Zwangsstörungen, Depressionen, Psychosen und Alkoholerkrankungen. Für die kurze Zeit, die uns zur stationären Psychotherapie im

Krankenhaus heute zur Verfügung steht, haben sich aus meiner Sicht kognitiv-verhaltenstherapeutische Konzepte am besten bewährt, wobei wir auch schulenübergreifende Behandlungsansätze wie CBASP anwenden.

Welcher Wert wird der psychotherapeutischen Behandlungsweise Ihrer Einschätzung nach innerhalb des Versorgungsauftrages der Universitätsklinik beigemessen?

Wie gesagt – eine patientenorientierte Versorgung an der Universitätsklinik ist ohne fundierte psychotherapeutische Konzepte nicht möglich. Diese Haltung hat sich an praktisch allen Universitätskliniken durchgesetzt – wobei zwischen den Kliniken sicher Unterschiede bestehen.

Wie sieht dies innerhalb von Lehre und Forschung aus?

Wir bemühen uns schon sehr früh in der studentischen Ausbildung, den künftigen Ärzten Grundkenntnisse in Psychotherapie nahe zu bringen, damit sie die Psychotherapie als wichtige Behandlungsmethode

„Psychologische und ärztliche Forschung ergänzen sich ungeachtet der berufspolitischen Konflikte“



Foto: Privat

Fritz Hohagen,

ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck. Studium der Humanmedizin in Barcelona, Mannheim/Heidelberg und Paris. Ausbildung zum Arzt für Neurologie an der Neurologischen Universitätsklinik Heidelberg, anschließend Facharztausbildung am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim, oberärztliche Tätigkeit an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Freiburg. Fritz Hohagen ist Arzt für Psychiatrie und

Psychotherapie sowie Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Wissenschaftliche Schwerpunkte: Schlafmedizin, Neurobiologie und Psychotherapie der Zwangsstörung, Interaktion von Depressionen mit körperlichen Erkrankungen.

kennen und entsprechende Weichenstellungen bei ihren Patienten vornehmen können. Wichtige Elemente aus der Psychotherapie werden auch bei der studentischen Ausbildung in beispielsweise ärztlicher Gesprächsführung integriert. Psychotherapieforschung spielt ebenfalls eine wichtige Rolle – beispielsweise setzen wir uns sehr für spezifische Psychotherapiemethoden bei der Behandlung von Menschen mit chronischen Depressionen ein (CBASP nach McCullough), entwickeln gerade ein Forschungsprojekt mit Christopher Fairburn für gestörtes Essverhalten und interessieren uns in einer von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Studie für die Interaktion von Psychotherapie und neurobiologischen Veränderungen unter dieser Behandlung in Bildgebungsstudien.

Wie interessiert sind die Studenten speziell an Psychotherapie?

Im Prinzip sind die Studenten sehr offen für Psychotherapie, wenn sie früh genug an diese Behandlungsmethode herangeführt werden. Wir betreuen beispielsweise seit vielen Jahren Anamnesegruppen der Studenten, die neben anderen Aspekten auch ein besseres Verständnis für psychotherapeutische Ansätze fördern sollen.

Wie sehen Sie den Stellenwert für den Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie?

Sind die begrifflichen Unterscheidungen zwischen psychiatrischem Denken und Handeln und Psychotherapie gegensätzliche Pole von Behandlungsalternativen?

Ich kann mir psychiatrisches Denken und Handeln ohne Psychotherapie nicht vorstellen. Was sollen wir sonst mit unseren vielen Patienten machen, die an einer Borderline-Störung, an Angst- und Zwangsstörungen oder an Depressionen leiden? Auch in der Schizophreniebehandlung und in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen stellt die Psychotherapie eine wichtige Behandlungsmethode dar. Wie verschiedene Umfragen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) gezeigt haben, wurde die Psychotherapieweiterbildung zwischenzeitlich weitgehend flächendeckend an den Weiterbildungskliniken eingeführt.

Was ist aus Ihrer Sicht der Nutzen von Psychotherapie im Konzert der medizinischen Wissenschaften?

Wie konfliktär sehen Sie dabei die Abgrenzung zwischen den verschiedenen beteiligten Disziplinen und Facharztgruppen?

Psychotherapie als Forschungsdisziplin erweitert komplementär unser Verständnis des Menschen in psychischer Gesundheit

und Krankheit. Empirisch fundierte Psychotherapie wird deshalb ihren Stellenwert in der medizinischen Wissenschaft beibehalten im Rahmen einer dreidimensionalen Sichtweise, die die neurobiologische, soziale und psychische Ebene mit einbezieht. Auf der inhaltlichen Seite ergänzen sich hier psychologische und ärztliche Forschung ungeachtet der berufspolitischen Konflikte. Psychotherapie ist eine Methode, die von Psychiatern, Psychosomatikern und Psychologen genutzt wird. Keine Fachdisziplin kann die Methode für sich „pachten“, alle müssen sich klinisch und wissenschaftlich mit empirischer Psychotherapieforschung beschäftigen und Psychotherapie weiterentwickeln.

Gibt es einen speziellen Wert für die Gesellschaft insgesamt, auch außerhalb ärztlicher oder psychologischer Behandlungspraxis?

Neben den oft aus der Psychotherapie abgeleiteten Interventionsmöglichkeiten wie Beratung in den verschiedensten Lebensbereichen trägt Psychotherapie im Gesundheitssystem dazu bei, den Menschen in seiner Gesamtheit wahrzunehmen und nicht auf seine körperliche Dimension zu reduzieren. Das Verständnis der Interaktion von gesellschaftlichen, neurobiologischen und psychologischen Faktoren prägt ein Menschenbild, das auch in der gesellschaftlichen Diskussion Grundlage sein sollte.

Der Wert der Psychotherapie

2009 wird der Geld-Wert der Psychotherapie sein vorläufiges Hoch erreichen. Der Honorarzuwachs ist aber nur ein Etappensieg auf halber Strecke.

Im zähen Kampf um ein Stück vom Kuchen der immer dünner werdenden Mutter KV geraten Sozialstaat und Krankenkassen ins Schwitzen. Das Stiefkind Psychotherapie kommt dabei zu kurz – psychische Gesundheit ist aber ein Menschenrecht und damit unveräußerlich



Gesundheit aus ethischer Sicht

Im Kampf um moralische Notwendigkeit und ökonomische Vertretbarkeit wird der Sozialstaat zum finanzschwachen Erfüllungsgehilfen. Die Ethik fordert dabei den Wert der Gesundheit als fundamentales Grundrecht zurück

Von Peter Schallenberg

„**Vor allem aber Gesundheit!**“ Der so oft zu vernehmende Wunsch deutet eine Ambivalenz an. Zwar wird Gesundheit – an Leib! und an der Seele? – noch als ein nicht selbst herstellbares Gut verstanden – der Geschenkcharakter ist im Wunsch angedeutet –, sie tritt hier aber auch als etwas so Selbstverständliches auf, dass daraus beinahe ein Rechtsanspruch zu erwachsen scheint. Es richtet sich dann der Appell an den modernen Sozialstaat und sein öffentlich organisiertes Gesundheitssystem, das darauf adäquat zu handeln, sich zu kümmern und zu versorgen hat. Die Gleichung ist jedoch nicht so einfach, wie sie scheint. Nicht nur, dass die Ansprüche von Solidarität und Gleichheit mit dem Anspruch ökonomischen Wirtschaftens, wie es von einer sozialstaatlichen Einrichtung auch verlangt wird, in Einklang gebracht werden müssen, es stellen sich auch fundamentalere Fragen: Ist sozial die solidarische Sicherstellung einer zu definierenden Grundgesundheit oder meint sozial vielmehr die möglichst gleiche Zugangsberechtigung zur optimalen Gesundheitsfürsorge? Vor dem Hintergrund einer entschieden säkularen Gesellschaft, die Tod und Krankheit als zutiefst ärgerliche Grundstörung erlebt, weshalb auch der Grundsatz der prinzipiellen Gleichheit im Angesicht von Krankheiten geradezu dogmatisch-säkularen Charakter annimmt, muss noch grundlegender gefragt werden: Was bedeutet Gesundheit und Krankheit und wer definiert ihren Inhalt und Umfang?

Mit der Schwelle der Moderne ver schwimmt die einst sichere Realität des Jenseits und der Wert der Gesundheit verschiebt sich hin zum Ideal der Freiheit von Leid. Das bringt mit sich, dass der Tod bei-

nahe vollständig verdrängt wird – jüngst erhält er in zweifelhafter Form durch die Diskussion um ein Sterben mit fremder Hilfe wieder ein öffentliches Forum. Aber auch darin drückt sich die Tatsache aus, dass das Diesseits und dessen sozialstaatliche Garantie in Form von Lebensquantität und Lebensqualität – zeitweilen eben auch verstanden als eigentlich paradoxe selbst bestimmte Aufgabe des eigenen Selbsts – eine nicht hintergehbare und der politischen Diskussion scheinbar grundsätzlich entzogene Basisfunktion gewinnt.

Der hippokratische Eid beschwört das umfassende Heil: physische und psychische Gesundheit

Gesundheit und Wohlbefinden erscheinen geradezu als einklagbare Rechte, zumindest die gleichgerechte optimale Gesundheitsförderung und Krankheitsfürsorge! Schon vor Jahren analysierte Hans Jonas weitsichtig: „Die moderne Medizin leidet nicht an ihren Mängeln. Sie kann nicht zu wenig, sondern zu viel. Sie krankt nicht an ihrem Versagen, sondern am Übermaß ihrer Macht. Ihre Krise ist kein Zeichen von Schwäche, sondern allein das Fieber eines nie da gewesenen technischen Erfolges. (...) Der moderne Arzt muss sich heute fühlen wenn nicht wie Gott selbst, dann zumindest wie ein Erzengel.“ Ethik ist zunächst aber nichts für Erzengel, sondern etwas typisch Menschliches: als das „nicht festgestellte Tier“ (Friedrich Nietzsche), benötigt der Mensch reflektierte Feststellungen der Haltung und des Verhaltens. Er handelt nicht zunächst aus Ursachen, sondern aus Gründen und wendet normative Einsich-

ten an. Die theologische Ethik reflektiert auf dem Hintergrund des biblisch-christlichen Gottesbegriffs auf das Nicht-Notwendige, mithin auf die Strukturen und Konditionen menschlicher Freiheit.

Es braucht also im eigentlichen Sinn keine Ethik der Nahrungsaufnahme, wohl aber eine Ethik der Technik und der Medizin. Dies gilt verschärft für eine sozialetisch interessierte theologische Ethik, die Bedingungen und Institutionen eines sozialen Rechtsstaates reflektiert: Wo liegen stillschweigende Voraussetzungen, wie zum Beispiel das Tötungsverbot für menschliche Personen, wo stehen Grundwerte an der Basis des menschlichen Zusammenlebens und so weiter? Ohne Zweifel bildet das Leben zwar nicht den höchsten, wohl aber den fundamentalsten menschlichen Wert als Prämisse jeglichen möglichen Verhaltens. Das gute Leben ist seit Aristoteles stillschweigend – und mit gutem Recht! – zur nicht hinterfragten ethischen Grundnorm aufgestiegen. Mithin gehört auch der Wert der Gesundheit zu den fundamentalen Grundrechten, denn physische und psychische Gesundheit bilden eine Möglichkeitsbedingung des guten Lebens. Es gehört zu den Grundforderungen der Gerechtigkeit, jedem das Seine zu geben, und das heißt zunächst: jedem die Möglichkeit zu geben, in Gesundheit ein gutes Leben zu führen. Die Medizin erkennt das traditionell im hippokratischen Eid an mit dem klassischen Formalprinzip: *salus et voluntas aegroti suprema lex* – Das Heil und der Wille des Kranken ist oberstes Gesetz! Wohlgermerkt: Ursprünglich ist hier vom umfassenden Heil, nicht von einem Gesundheitsstatus die Rede! Es stellt sich

die Frage nach der Lebensqualität, die sich aus Lebenslänge und Lebensstandard zusammensetzt und nicht einfach auf Quantität reduziert werden kann.

Medizin krank am Fieber des technischen Erfolgs

Geschieht dies aber, so scheint endgültig der Medizintechnik alle Definitionshoheit über optimale Gesundheit zuzukommen, und der Sozialstaat sieht sich in die Rolle des bloßen Erfüllungsgehilfen gedrängt, ohne indes zugleich über genügende finanzielle Souveränität zu verfügen. Demgegenüber ist in der Tat zu unterstreichen, dass moralische Notwendigkeit und ökonomische Vertretbarkeit sozioethisch kongruent gehen in der Frage nach Kriterien der Güterabwägung – immer freilich den fundamentalen und unverfügbaren Wert menschlichen Lebens vorausgesetzt! Medizin ist in dieser Sicht der kostspielige Versuch, das menschliche Leben zu verlängern, krankheitsbedingtes Leid zu mindern und die „Salus aegroti“ zu fördern. Geschieht dies in Form einer Solidarversicherung, so ist ethisch und ökonomisch ein effizientes Verfahren geboten. Gerechtigkeit und Effizienz verschränken sich. Prioritäten werden gesetzt, Einsparpotentiale genutzt. Theologisch-ethisch steht insbesondere die Rationierung zur Debatte: Nach welchen Kriterien wird von wem verweigert, was prinzipiell gewünscht wird und wirksam ist? Es geht demnach um Marktlenkung nach bestimmten, im demokratischen Diskurs festzulegenden transparenten Kriterien ethischer Reflexion. Das aber heißt auch: Rationierung ist ein Mittel der Güterabwägung, individualistisch also der Abwägung zwischen Lebensgüte und Lebenslänge, sozioethisch der Abwägung von finanziellen Solidarauwendungen und individuellen Eigeninteressen und Präferenzen. Je mehr der fundamentale Wert des Lebens berührt wird, desto stärker ist der ethische Rechtfertigungsdruck für rationierte Leistungen,

Peter Schallenberg,

Professor der Theologie, studierte Theologie und Philosophie. 1988 erfolgt die Priesterweihe in Rom. 2003 habilitiert er in Moraltheologie. 2004 wird er Professor für Moraltheologie und Christliche Sozialwissenschaften an der Theologischen Fakultät Fulda. Im gleichen Jahr wurde er Studentenseelsorger der Katholischen Hochschul-Gemeinde (KHG) in Fulda. 2006 wird er zum Diözesanseelsorger der Malteser im Bistum Fulda bestellt.

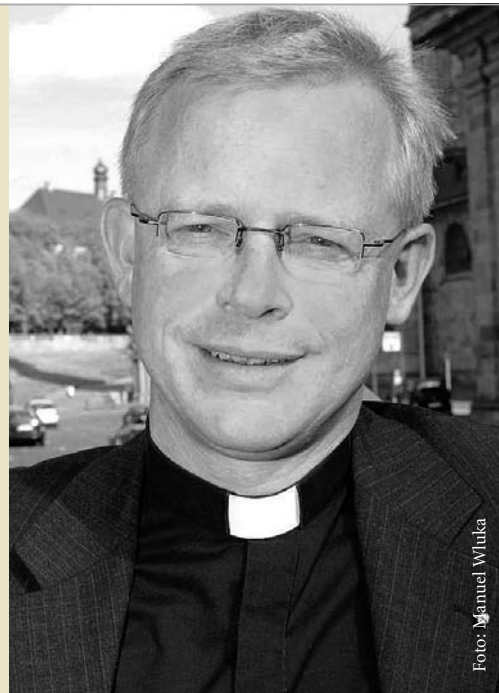


Foto: Manuel Wluka

desto fragiler auch wird die sozialstaatliche Balance zwischen Gleichheit und Gerechtigkeit. „Für das Leben ist jeder Kaufpreis zu hoch“ heißt es in Psalm 49 – seit dem Alten Testament ist diese bittere Erkenntnis nicht zustimmungspflichtig.

Zwischen moralischer Notwendigkeit und ökonomischer Vertretbarkeit

Es bedarf also neu einer Reflexion über Bedeutung und Wert von Leben, über die ökonomischen und ethischen Kosten des Heilens und – vielleicht am dringlichsten – die Bedeutung von Endlichkeit: ist es dem Menschen nicht eigentlich eigen, nicht-endlich zu sein? Müsste der Mensch nicht von dem Druck entlastet werden, absolut gesund sein zu müssen und die Medizin davon, diesem Anspruch – die Erfüllung erfolgt oft unter Missachtung ethischer Prinzipien oder auf Kosten anderen Lebens, etwa des vorgeburtlichen, – entsprechen zu müssen?

Diese vorgängige Entlastung von Medizin und Ökonomie von falschen Erwartungen ist auch eine Frage der Gerechtigkeit und nicht zuletzt eine Aufgabe kirchlich-theologischer Ethik, die auch an die Eigenverantwortlichkeit des Menschen für Glück und Erfüllung appelliert, die nicht zugunsten eines „Triumphs des Therapeutischen“ (Charles Taylor) aufgegeben werden darf.

Gesundheit ist keine Fürsorge mit höchst säkularen Parametern wie Leidfreiheit und Lebensverlängerung. Salus meint kein Fehlen von Krankheiten, sondern vielmehr die Kraft und Fähigkeit, mit Krankheiten und Einschränkungen zu leben. Erst infolge solcher Lebensfähigkeit gewinnt ein Leben seine innere unverwechselbare Qualität, die weit mehr umgreift als eine bloße Quantität des Überlebens und die sich etwa auch darin zeigt, anderen Menschen beim Leben (und Sterben) mit diesen Einschränkungen beizustehen. Bedürfnisse, besonders das nach umfassender Gesundheit, sind fast immer unbegrenzt. Kein staatliches Finanzierungssystem und keine Medizin wird es voll befriedigen können. Gleichwohl gibt es einen legitimen Anspruch auf gerechte Verteilung und gleichen Zugang zur Versorgung.

Theologische Ethik, die grundgelegt ist im christlichen Gottesbegriff, tritt für das gute Leben und eine ganzheitliche Sicht des Menschen ein. Damit aber nicht zwangsläufig für eine möglichst schmerz- und leidfreie Lebenslänge: Manches bleibt den menschlichen Händen, bleibt dem Dürfen entzogen. Verblasst dieses Bewusstsein, dann zerfällt ein wesentlicher gesellschaftlicher Grundkonsens – noch vor dem Zerfall von wichtigen Grundfinanzierungen.

Literatur: Jonas, H. (1985), *Technik, Medizin und Ethik*, Frankfurt/M.

Belohnt oder abgespeist?

Der Werteverfall reduziert die Medizin auf das McDonalds-Prinzip: Schnell, billig und nach Schema F. Der Standort Psychotherapie ist dabei trotz Zunahme psychischer Erkrankungen besonders bedroht. Seine im Grundgesetz verankerte Legitimation bleibt aber unveräußerlich

Von *Rüdiger Hagelberg*, Mitglied in der Redaktion Projekt Psychotherapie



Illustration: Katrin Wiehle

In der langjährigen Misere des zuerkannten Geld-Wertes der Psychotherapie ist ab 2009 der beste Stand seit eh und je erreicht, wenn es bei dem Honorar von circa 80 Euro für die genehmigungspflichtige Therapiestunde und circa 60 Euro für die probatorische Sitzung, die biografische Anamnese und den Antrag bleibt.

Bekanntermaßen lag der Geld-Wert (Preis, Lohn) für psychotherapeutische Leistungen bisher fast überall deutlich niedriger. Das Bundessozialgericht (BSG) hatte eine zu anderen ärztlichen Leistungen relative Wertminderung sogar als Norm gesetzt: Psychotherapeuten sollten nur unter Höchst-Anstrengung den Gewinn erzielen können, der einem vergleichbaren Facharztkollegen mit Durchschnitts-Anstrengung zukam. Aber auch das blieb Illusion. Denn die Normierung des BSG traf auf eine für Psychotherapeuten noch viel nachteiligere innerärztliche Honorarverteilungspraxis, deren unaufholbare Honorarabstufungen eher zäh verteidigter Besitzstandswahrung als sachlicher Begründung folgten. Jedwede veröffentlichte Verdienstabelle der Ärzte legte dies dar und ließ den letzten Tabellenplatz der weit abgeschlagenen Psychotherapeuten stets weg. Jahresdurchschnittszahlen von personalintensiveren, im „Akkord“ arbeitenden Somatiker-Praxen waren mit streng zeitgebundenen, nur persönlich zu erbrin-

genden Arzt-Leistungen von Psychotherapie-Praxen ohnehin nicht vergleichbar. Deshalb forderte unter anderem der Vorsitzende des Deutschen Psychotherapeutenverbandes (DPTV), Dieter Best, dass allein die Vergütung je Arbeitszeiteinheit, also etwa Arztgewinn pro Stunde, einen fairen Vergleich erlaube. Auf diese Weise berechnet, habe es für den einzelnen Psychotherapeuten auch keineswegs eine Honorarerhöhung von über 50 Prozent seit 1999, wie immer behauptet wird, sondern allenfalls um wenige Prozente gegeben. (DÄ PP 8/2008 S. 344).

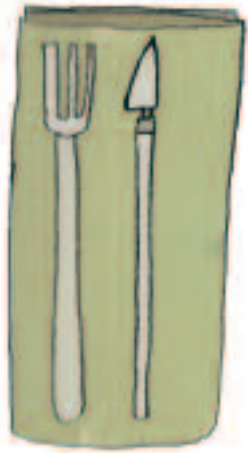
Humane Strebungen stehen zu ökonomischen in Widerspruch

Mit der in Aussicht gestellten Honorarerhöhung für Psychotherapeuten ist die beschriebene „Gerechtigkeitslücke“ verringert aber nicht beseitigt. Garantiert werden Dauerhaftigkeit und Ausbaufähigkeit des Erreichten zudem von einem Steuersystem, das längst selbst in Bedrängnis geraten ist.

Denn die sich zurzeit verändernden Bedingungen für die Medizin in Deutschland bewirken die Gefahr eines viel grundsätzlicheren Werteverfalls. Was dabei die Medizin im Allgemeinen bedroht, bedroht die Psychotherapie im Besonderen: Die Medizin wandelt sich zu einem Wirtschafts-

zweig, in dem humane Strebungen immer mehr zu ökonomischen in Widerspruch stehen. Das Endergebnis könnte eine Patientenversorgung nach dem McDonalds-Prinzip sein: Schnell, billig und nach „Schema F“. „Expresspraxen“ für Kunden des Supermarktriesen Wal-Mart in den USA oder Gesundheitszentren in der britischen Drogeriemarktkette Boot's sind offenbar Vorbilder für das, was auch hierzulande angestrebt wird (Frank Bergmann in NeuroTransmitter 7-8.2008): die „Anreicherung“ großer, globalisierter Wirtschaftsimperien – siehe Krankenhausketten mit bereits vielfältigen wirtschaftlichen Verflechtungen – mit der lukrativen Gesundheitssparte. Dienstleistungen, wie sie der größte Anbieter von Betreuungsprogrammen (medizinische Beratung am Telefon, Einsparung des Arztes und so weiter) für chronisch Kranke in den USA, Healthways, anbietet, hätten auch in Deutschland ein großes Potential. Die DAK stehe mit Healthways bereits in vertraglicher Verbindung. Dies sei mehr als der Anfang einer „Amerikanisierung“ des deutschen Gesundheitswesens. (Renate Hartwig: Der verkaufte Patient, S. 218 ff. – Rezension in diesem Heft).

Medizin muss sich in der Tat verändern, um als „Fast-Food-Medizin“ nutzbar zu sein: die Bedeutung der Arzt-Patientenbeziehung, Therapiefreiheit, Datenschutz



und andere müssen abgewertet, „moderne“ Strebungen, die Steuer- und Berechenbarkeit des medizinischen Geschehens und niedrige Kosten verheißen, überbewertet werden. Zahlreiche gesundheitspolitische „Monster“ wie Bürokratie und Strukturwandel, Leistungskataloge und Richtgrößen, Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EbM), Priorisierung, elektronische Gesundheitskarte (e-Card), ICD-Diagnoseschemata (International Statistical Classification of Diseases), Disease Management Programme (DMP) wirken wie abgestimmte Schritte auf die Umwandlung hin: Ver-Wertung der Medizin im Sinne von Gewinn und Wertschöpfung im „Gesundheitsmarkt“ und Ent-Wertung solidarischer Verantwortung für individuelle Patientenschicksale. Zertifizierungen und weitere verdächtige Kürzel (QS oder QM) werden zu Wertmaßstäben der neuen Zeit.

Überdies scheint der Wert jeglicher Arbeit im Zeichen einer in alle Bereiche metastasierenden Ökonomie heute ohnehin eher nach ihrer Nähe zu den Geldströmen bemessen zu werden als nach sachgemäßen Wertmaßstäben. Wie ist es sonst zu verstehen, dass Vorstandsvorsitzende von Krankenkassen bis zu 242000 Euro pro Jahr zusätzlich diverser Tantiemen verdienen? Für das Management der medizinischen Versorgung gilt schon, was wir aus der Wirtschaft kennen: Gewinne werden privatisiert, Verluste sozialisiert. Es verwalten und verteilen die, die an den reichen Geldströmen sitzen, nur noch Rinnsale bis zu Bruchteilen von Cent pro Punkt für die, die weit weg davon die eigentliche Arbeit machen.

Das Wertverständnis der Medizin gerät so in toto auf die schiefe Bahn. Jene Werte sind dabei besonders verwundbar, die in der Psychotherapie nicht nur als verfeinerte allgemeinärztliche Haltung, sondern geradezu als unersetzliche Instrumentarien des Behandelns gelten müssen: die Ge-

samtschau auf die Kranken und die Erkrankungen mit ihren Ursachen und Symptomen, die Heilungschancen von Kontemplation und „sprechender Medizin“, der Zeitbedarf und andere. Dass Kassen ganz

andere Sorgen hätten, als sich um Psychotherapie zu kümmern, wie häufig zu lesen ist, bedeutet nicht, dass deren Belangen ein großer Freiraum gewährt wird – wenn es darauf ankommt.

So bleiben Fragen: Wird sich das Fach Psychotherapie in die sich verändernden Strukturen einordnen lassen und mit welchen Verfahren? Unter welchen Bedingungen werden Patienten künftig Psychotherapieplätze finden und Psychotherapeuten Patienten behandeln, zumal seelische Erkrankungen zunehmen? Werden sich die Integration von psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten und der Zusammenhalt ihrer Verbände unter erschwerten Bedingungen bewähren?

Gewinne werden privatisiert, Verluste sozialisiert

Der Wert des Lebens, der Natur, der Gesundheit - derartige Wertzumessungen sind unüberschaubar. Klar ist, dass sie nicht Werte in Euro und Cent meinen, sondern dass es um Wesen, Bedeutung oder Sinn der Phänomene geht, die als konstitutive Elemente des menschlichen Daseins gelten. Dass auch sie nicht unantastbar sind, ist an der Natur abzulesen, deren Wert durch Verwertung an vielen Stellen bedroht ist. Würde Ähnliches, wie befürchtet, mit der Medizin geschehen, träfe dies auch die Psychotherapie an ihrem besonders sensiblen Platz in der Medizin.

Psychotherapie hat für die Verwirklichung von Menschenrechten, zum Beispiel Bewahrung menschlicher Würde, Sicherstellung psychischer Gesundheit (Art. 1 und

2 Grundgesetz) eine unveräußerliche Legitimation. Diese ist nur da begrenzt, wo sie die Grund- und Menschenrechte „der anderen“ berührt, die deshalb einen zwar angemessenen aber nur begrenzten Geld-Wert für die Gemeinschaft entrichten müssen. Psychotherapie findet sich hier inmitten aller anderen medizinischen Fächer gleichberechtigt und gleichwertig wieder.

Zugleich behandelt und wirkt sie auch nach ihrem eigenen Wesen mit eigenen Wertvorstellungen. Während sich die Somatische Medizin in der Vergangenheit immer weniger dem Trend zum Reparaturbetrieb entziehen konnte, eine vielfach beklagte Entfremdung von den Werten einer humaneren Medizin eintrat und die Fächer der sprechenden Medizin zugleich gern als Quasselkram abgewertet wurden, haben Psychosomatik und Psychotherapie darauf bestanden, dass die Psyche und damit ein Leib-Seele-Zusammenhang für das Verständnis von Erkrankung und Behandlung entscheidende Bedeutung behalten müssten. Dem entspricht die anspruchsvolle Aus- und Weiterbildung zum Erlernen der Krankheitslehren der psychisch-körperlichen Zusammenhänge, der unbewussten Prozesse (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, TP) oder der Lernpsychologie (Verhaltenstherapie, VT) und ihrer jeweiligen Behandlungstechniken. Heute sei es nun schwierig, sagt ein Anästhesist zum Thema Schmerzbehandlung, „die Psyche in den Beruf zurückzuholen, nachdem jahrzehntelang Gerätemedizin unser Fach beherrscht.“ (SPIEGEL 36/2008 S. 163)

Unter den Bedingungen der psychotherapeutischen Behandlungsweise und ihres Wertverständnisses konnte ein Reparaturbetrieb oder eine oft so genannte Fließbandmedizin nicht entstehen. Rationierungsdruck bei Medikamenten- oder Physiotherapie-Verschreibungen, Bürokratie-Übermaß, die Gipfel der Abrechnungs- oder Punktwert-Arithmetik und vieles mehr gehören nicht zum psychotherapeutischen Alltag.

Wie zwei Seiten einer Medaille wirkt der Zeitfaktor – entwertet in der Somatischen Medizin, weiterhin hoch bewertet in der Psychotherapie. Während die Zeit hier als Variable genutzt wird, weil Akkord-Arbeit und mehr Einzelleistungen pro Zeit noch einen höheren Gewinn versprechen, ist dort ein bestimmtes Zeitvolumen nicht nur unabdingbare Voraussetzung der Behandlung, sondern geradezu, wie für den Chirurgen das Messer, ein wesentliches Instrumentarium der sprechenden Medizin. Die Psychotherapie ist daher von Entwertung und Entfremdung durch Zeitnot und Hektik des Hamsterrades verschont geblieben, ein Privileg zwar, aber jahrelang mit dem Nachteil erkauft, sehr unzuverlässige und oft niedrige Stundenlöhne hinnehmen zu müssen.

Zeitnot hat sich demgegenüber in der Somatik für Patienten und Ärzte als überaus belastend erwiesen und vielfach Schematisierungen der Behandlung erzwungen. Schema F, Leitlinie, da horcht man doch auf! Untersuchungen besagen, dass ein Arzt in Deutschland für seinen Patienten pro Arztbesuch durchschnittlich sechs bis acht Minuten Zeit habe und es 18 Sekunden dauere, bis er seinen Patienten zum ersten Mal unterbreche. Psychotherapie beruht dagegen auf einem spezifischen Patientenkontakt ohne Zeitdruck. Er ermöglicht die Bearbeitung psychischer Störungen, kann aber auch für den Behandler belastend sein. Um lockeres Geplauder geht es also nicht.

Ein Letztes: Der Wert der Somatischen Medizin wird vor allem in Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit gesehen. Diese Wertvorstellung bindet das Ich des Arztes an das Du des Patienten: Ich bin dazu da, damit Du gesund wirst. Der Arzt wird damit zum Zweck des Patienten und seiner Gesundheit.

In der Psychotherapie hat ein solches Wertverständnis den größeren Spielraum: Die Zweckhaftigkeit der Beziehung ist mit größerer Freiheit, wie sich eine therapeutische Beziehung entwickelt, versehen. So

wird zum Beispiel Übertragung möglich. Hinter der Zweckbeziehung Arzt-Patient öffnet sich ein zweiter Raum, den Peter Schallenberg in diesem Heft beschreibt. In diesem Sinne steht die Somatische Medizin eher für den Vorrang des Machbaren und Psychotherapie für den Vorrang des Wesentlichen: dort Gesundheit oder Leidfreiheit des Menschen als ethische Norm, hier zusätzlich die von der Vielfalt menschlicher Lebenszustände geprägte Daseinsgestaltung. Besonders in der Psychologie, der zweiten Säule der Psychotherapie, ist dieser Gedanke wesentlich und unterstreicht, dass Psychotherapie weder in Wissenschaft noch in Praxis schematisiert und in therapeutische Leitlinien gepresst werden kann.

So oder so, Psychotherapie bleibt wesentlich

Die Befürchtung, dass Psychotherapie zukünftig einer Verwertung oder Entwertung entgegenseht, muss Gegenwehr an vielen Stellen hervorrufen oder stärken – am wichtigsten wie bisher durch die Berufsverbände mit ihrem Wissen und dem bewährten nahen Kontakt zu den Entscheidungsgremien in der Gesundheitspolitik.

Psychotherapeuten müssen darüber hinaus umdenken, wird vielerorts gefordert, und ihren Wert und ihr Wirken offensiver in die Medizin einbringen. Schluss zum Beispiel mit der „elitären Selbstgenügsamkeit der Psychoanalyse“, fordert Aglaja Stirn im Deutschen Ärzteblatt (DÄ PP 7.2008 S. 321). Vieles ist hier längst im Fluss. Aber noch häufig entsteht der Eindruck von Fremdheit zwischen den somatischen und den psycho-somatischen Fraktionen der Ärzteschaft. Psychotherapeuten sollten sich daher wie andere Arztgruppen vernetzen und eine engere Kooperation mit anderen Ärzten und Gesundheitsberufen pflegen, empfiehlt der KV-Chef Nordrhein. (Ärztezeitung für Neurologen und Psychiater 8.2008 S.8).

Abgesehen von der dringend notwendigen weiteren Mitarbeit in den Entscheidungsgremien der Selbstverwaltung ist die Versorgungsforschung zu intensivieren. Die Zunahme der psychischen Erkrankungen erfordert darüber hinaus eine Verbesserung der Bedarfsplanung mit einer „Applikation zur kleinräumigen Versorgungsanalyse“. (DÄ PP 7.2008 S. 289)

Wie sich Psychotherapie innerhalb der neuen so genannten wettbewerblichen Strukturen entwickeln wird, ist unklar. Unstrittig ist einstweilen, im System der Selbstverwaltung und der Kollektivverträge zu verbleiben. Ausgerechnet die Psychotherapeuten, bisher dort häufig Stiefkinder, halten an den bestehenden Strukturen fest und haben gute Gründe dafür. Einer davon ist die Chance, weiter an einer größeren Honorargerechtigkeit innerhalb von vertrauten Strukturen arbeiten zu können.

Welche Wertvorstellung von Psychotherapie wollen wir erhalten und welchen entgegenwirken? Niemand hat beide möglichen Haupt-Richtungen so anschaulich vorgestellt wie Bernd Hontschik mit der Unterscheidung zwischen ökonomischer Tonsetzung und Musik am Beispiel der „Unvollendeten“ von Schubert. (Artikel in diesem Heft). Kein Bild zeigt die Widersprüchlichkeit in den Wertvorstellungen, um die es in der Medizin und Psychotherapie in Zukunft gehen wird, anschaulicher auf.



Grenzen der evidenzbasierten Medizin

Die Leitlinien der Evidenzbasierten Medizin (EbM) entpuppen sich zum Reformer der Heilkunst schlechthin. Im Spannungsverhältnis zwischen Humanmedizin und Gesundheitspolitik verlieren sie ihre Hilfsmittelfunktion und erstarren zur Vorschrift. Wie gesund ist es, diesen Linien treu zu sein?

Von *Bernd Hontschik*

Die von **Thure von Uexküll** entwickelte „Integrierte Medizin“ beginnt mit scharfer Kritik an der Schulmedizin – zusammengefasst und vereinfacht in dem Satz: „Die Medizin ist streng getrennt in eine Medizin für Körper ohne Seelen und eine für Seelen ohne Körper“. Die Schulmedizin basiert auf dem philosophischen Modell von Lebewesen, das auf der Naturwissenschaft des 18. und 19. Jahrhunderts aufbaut. Sie kann nur mit Sichtbarem, mit Zählbarem und mit Messbarem umgehen. Damit setzt sie auf eine objektiv existierende Realität, die es nur zu erkennen gilt. Die Erkenntnis- und Denkmodelle sind daher immer nur zweigliedrig und bestehen aus Ursache und Wirkung. Auf eine Ursache folgt eine Wirkung. Genauer: Auf die gleiche Ursache folgt immer die gleiche Wirkung.

In der „Integrierten Medizin“ ist der Ausgangspunkt ein grundsätzlich anderer. Die grundlegende philosophische Position der „Integrierten Medizin“ ist der Konstruktivismus und geht davon aus, dass alles, was wir erkennen, erst im Prozess der Erkenntnis konstruiert wird, und nichts unabhängig von dieser Erkenntnis existiert. Für die Medizin wird das in dem Grundsatz deutlich, dass jedes Lebewesen sich eine eigene Umwelt, seine eigene Welt konstruieren muss, in der es überleben, in der es leben kann. Diesen Vorgang bezeichnen wir als Passung, ihr Misslingen als Passungsstörung. Damit kommen wir in die Nähe einer Krankheitstheorie der „Integrierten Medizin“: Die Passung ist ein außerordentlich individueller Vorgang. Würde man sich mit einem Ultraschallgerät um den Hals und

Kopfhörern über den Ohren kopfüber in einen dunklen Dachboden hängen, so hätte man doch nicht die Spur einer Ahnung von der Lebenskonstruktion einer Fledermaus. Der Passungsvorgang ist auch ein dynamischer Prozess. Eine Passung, die heute funktioniert, also Leben ermöglicht, kann morgen schon falsch sein und im schlimmsten Fall ein Weiterleben unmöglich machen. Die Erkenntnis- und Denkmodelle eines konstruktivistischen Weltbildes sind aus diesem Grund immer dreigliedrig. Zwischen Ursache und Wirkung findet ein Prozess statt, den wir 'Bedeutungserstellung' nennen. Das unterscheidet lebendige Lebewesen von technischen Maschinen.

Medizin für Körper ohne Seelen und für Seelen ohne Körper

Patienten sind Lebewesen, Ärzte auch. Sie treffen nur deswegen aufeinander, weil es bei Menschen zu Passungsstörungen gekommen ist, was sie zu Patienten macht. Die vornehmste und schwierigste Aufgabe des Arztes ist es, diese Passungsstörung zu lokalisieren und sich in die individuellen Vorgänge der Bedeutungserteilung des Patienten einzufühlen. Zu diesem Zweck müssen die Lebewesen Patient und Arzt miteinander kommunizieren. Wenn die Medizin eine Humanwissenschaft ist, dann braucht sie auch eine Kommunikationstheorie. Ein Arzt muss die verschiedenen Systeme und Subsysteme erkennen und zuordnen können, in denen sich ein Patient bewegt, und die Symptome als Zeichen, als

Ausdruck von Passungsstörungen verstehen lernen. Er muss wissen, dass sie nur momentane, flüchtige Konstruktionen sind, die morgen schon – mit ganz anderen Bedeutungserteilungen – ganz anders strukturiert sein können. Das versteht man in der „Integrierten Medizin“ unter Heilkunst – ein äußerst individueller Vorgang.

Wie schwierig diese Aufgabe ist, illustriert ein Scherz von Karl Valentin. Er verdeutlicht den tragischen Dualismus zwischen Körper und Seele, in dem die Schulmedizin bis heute gefangen ist. Auf die Frage, wie es ihm gehe, soll er einmal geantwortet haben: „Mein Magen tut weh, die Leber ist geschwollen, die Füße wollen nicht so recht, das Kopfweh hört auch nicht mehr auf, und wenn ich von mir selber reden darf: Ich fühle mich auch nicht wohl.“

Als behandelnder Arzt von Karl Valentin hätte man nun fünf Leitlinien zu Rate zu ziehen: die Leitlinien 'Magenschmerzen', 'Hepatomegalie', 'Statik und Schmerzen des Fußes' und 'Kopfschmerzen' sowie eine fünfte, die eigentlich 'Karl Valentin' heißen müsste. Mit den ersten vier Leitlinien käme jeder Handwerker mit medizinischer Halbbildung mühelos zurecht, mit der fünften aber nur ein Arzt.

Das wäre meine erste Frage an die Leitlinienmedizin: Was haben wir Ärzte eigentlich in den zehn bis zwölf Jahren unserer Ausbildung gelernt? Ist das alles überholt? Zwar stimmt, dass niemand auch nur zu einem einzigen Krankheitsbild seines Fachgebietes alle Veröffentlichungen im Auge behalten kann, dass es also sinnvoll ist, immer wieder einen Konsens über den „sta-

Bernd Hontschik

spricht den Psychotherapeuten aus der Seele. Er steht für eine humane Medizin, die immer das Individuum im Zentrum ihrer Aufmerksamkeit hält

Der Chirurg gehört in eine Generation, die sich in ihrer Studentzeit über Lebens- und Gesellschaftsvorstellungen die Köpfe heiß geredet hat, die der Entfaltung und dem Glück der Menschen förderlicher sein könnten als die Enge, die man bis dahin als Kind der Fünfzigerjahre erfahren hatte. Vielleicht ist das nicht unwesentlich, wenn man verstehen will, warum die Befreiung des Subjekts ein Thema ist, das sich heute in anderer Erscheinungsform, aber genauso drängend darstellt und für diejenigen, denen die Selbstbestimmung ein zentrales Anliegen ist, eine fortwährende Herausforderung bleibt. Bernd Hontschik ist einer von denen, in dessen Denken, Schreiben und Tun sich aufklärerischer Elan und die Unbe-

stechlichkeit einer differenzierten, sorgsam Sichtweise überzeugend mischen. Er steht für eine humane Medizin, die immer das Individuum im Zentrum ihrer Aufmerksamkeit hält – und kommt damit der Haltung und dem Empfinden von uns Psychotherapeuten sehr nah, die wir gar nicht anders arbeiten können, als uns dem einzelnen Menschen in seiner Einzigartigkeit verpflichtet zu fühlen. Obwohl die Chirurgie und die Psychotherapie oft als die zwei extremen Pole des breiten Spektrums der medizinischen Disziplinen gelten, so spricht der Chirurg Hontschik gleichwohl den meisten Psychotherapeuten aus der Seele. In seinem Artikel geht es um die Kunst, den Kranken als Subjekt zu behandeln. Im Subjektiven allein liegt der Charme des Lebendigen. Leitlinien fungieren jedoch als modernes Instrument der Nivellierung des Subjektiven und bringen damit sowohl die Behandler wie die Kranken in die Gefahr, ein wesentliches Element der Lebendigkeit zu verlieren.

te of art“ bei der Behandlung einer Krankheit zu suchen. Überkommene Therapien sind aufzugeben, wenn sie einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht mehr standhalten. Das Ergebnis eines solchen Klärungsprozesses unter Zuhilfenahme der EbM könnte man auch Leitlinie nennen. Wahrscheinlich wirkt dessen Erstellung zum Teil sogar wie eine Katharsis. Die Suggestion aber, die von diesem Begriff ausgeht, ist sehr stark und eine ganz andere: Leitlinien werden nicht als Hilfsmittel, Werkzeug oder Wegweiser in der Hand des Arztes verstanden, sondern immer mehr als Standard und Vorschrift und auch so angewandt - wenn es sein muss, gegen den Patienten und gegen den Arzt.

Hierzu zwei Beispiele: Bei der Behandlung der Multiplen Sklerose (MS) spielen Interferone eine wichtige Rolle. Natürlich sind sie seit 1999 auch in Leitlinien verankert und kommen als 'immunmodulatorische Stufentherapie' zur Anwendung. Das Ergebnis dieser Leitlinien sieht im KV-Bereich Hessen so aus: Die Berentung einer Patientin mit MS wurde 2005 mit der Begründung abgelehnt, dass sie sich trotz dringenden ärztlichen Anratens einer Behand-

lung mit Betainterferonen widersetzt habe. 2006 wurde der Rehabilitationsantrag des Leiters einer MS-Selbsthilfegruppe von seinem Rentenversicherungsträger zurückgewiesen, weil er sich bisher nicht mit Betainterferonen habe behandeln lassen. Ebenfalls im Jahre 2006 erhielt ein MS-Patient von seiner privaten Krankenkasse den unmissverständlichen Hinweis, dass man die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall einstellen werde, wenn er sich weiterhin der Behandlung mit Betainterferonen entziehen würde. Diese Form der Anwendung von Leitlinien macht Patienten zu Schuldingen an ihrer Krankheit.

Das zweite Beispiel: Eine 62-jährige Patientin kam mit einer subkapitalen Humerusfraktur mit Abriss des Tuberculum maius, das eine geringe Dislokation aufwies, in meine Behandlung. Bei solchen Verletzungsmustern sollte man eine operative Fixation mit Verschraubung anstreben. Aufgrund meiner ärztlichen Erfahrung mit dem Ausgang solcher Operationen hatte ich indes gute Gründe, bei dieser Patientin zunächst eine konservative Therapie zu versuchen, bei der aber trotz dreier Monate Physiotherapie kein Erfolg eintrat. Die Pa-

tientin wurde daraufhin operiert. Es kam nun zu einer erträglich guten Ausheilung. Später wurde mir von der Krankenkasse vorgeworfen, dass ich es versäumt hätte, bei der Patientin eine sofortige operative Korrektur vornehmen zu lassen und Regress für die Zeit des konservativen Therapiever suches angedroht. Ein beigefügtes Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) stellte – auf der Basis einer Leitlinie – fest, dass hier jede andere als die operative Therapie nicht hätte durchgeführt werden dürfen. Der MDK-Arzt hatte die Patientin weder gesehen noch untersucht. Nun ist also ein Haftpflichtfall daraus geworden. Diese Form der Anwendung von Leitlinien macht Ärzte zu Schuldingen von Therapie-Misserfolgen.

Wie schon erwähnt, auch Leitlinien-Experten haben einen Kontext. Zu diesem Thema zwei andere Beispiele: Im Dezember 2007 veröffentlichte die Zeitschrift „Arthritis Research & Therapy“ in einer Leitlinien-Analyse zur Behandlung der Kniegelenks-Arthrose überraschend gleich sechs Leitlinien. Das allein schon widerspricht jedem Leitlinien-Konzept. Die zweite Überraschung: alle sechs Leitlinien erfüllten nur

eine Minderheit der 23 AGREE-Kriterien. AGREE-Kriterien sind eine Art Leitlinie für Leitlinien, mit der man deren Aussagekraft überprüfen kann. Dieses miserable Ergebnis kam deshalb zustande, weil sich nur in einer einzigen der sechs Arthrose-Leitlinien ein Hinweis auf die Unabhängigkeit der Verfasser fand. Leitlinien werden von „Experten“ erstellt, die im Rahmen der modernen universitären Forschung oft auf untrennbare Weise mit der Pharma- und Geräteindustrie verbunden sind. Leitlinien ermöglichen der Gesundheitsindustrie direkten Einfluss auf die tägliche ärztliche Praxis.

Ein weiteres Beispiel: Wissenschaftler, akademische Gremien oder medizinische Experten sind als Entscheidungsträger Zielobjekte von Einflussnahmen. Insbesondere Pharma-Unternehmen bauen eine Truppe von hoch angesehenen Universitäts-Experten auf, finanzieren Stiftungen, Forschungsprogramme und Lehrstühle und bezahlen medizinische Zentren zur Durchführung klinischer Studien. Auf diese Weise hat eine Gruppe staatlich bestellter Experten im Mai 2003 in den USA die Leitlinien zur Behandlung des Bluthochdrucks neu definiert. Neun der elf Mitglieder dieser Expertengruppe hatten finanzielle Beziehungen zu Firmen, die von der neuen Leitlinie direkt profitierten. Es lässt sich leicht berechnen, wie viele Millionen Menschen man zusätzlich zu Hochdruck-Kranken erklären kann, wenn man den systolischen Grenzwert nur um fünf oder gar um zehn Millimeter Hg absenkt. Im Juli 2004 wurde von einer ähnlichen Expertengruppe die Leitlinie zur Hypercholesterinämie revidiert. Danach waren mit einem Schlag acht Millionen US-Bürger zu Patienten geworden. Diese Leitlinie war bereits einige Zeit zuvor 'überarbeitet' und damit schon einmal etwa 23 Millionen US-Amerikaner zu behandlungsbedürftigen Patienten gemacht worden. Mit der Leitlinien-Medizin ist eine Expertengläubigkeit verbunden, die für die Abhängigkeit und Auftraggeber dieser Experten blind macht.

In der Humanmedizin findet derzeit ein gewaltiger Paradigmenwechsel statt und wirkt wie ein Zerstörungsprozess. Zur Umwandlung der Humanmedizin in einen profitorientierten Industriezweig werden Hilfsmittel benötigt. Die Einführung der Internationale Klassifikation der Krankheiten



Die aufgeräumte Version und das Original von Wassily Kandinsky von 1921. Können auf Chip-Karten-Niveau zurechtgestutzte Patientendaten wirklich Inhalte vermitteln?

Quelle: Ursus Wehrli, Kunst aufräumen, KEIN & ABER Verlag, Zürich 2002

(ICD) war ein erster tiefer Einschnitt. Während bis dahin eine Diagnose eine differenzierte Mitteilung an den weiterbehandelnden Arzt war, mussten Diagnosen nun so lange zurechtgestutzt oder erweitert werden, bis eine ICD-Ziffer-ähnliche Formulierung gefunden war. Wem hat das genutzt? Jetzt rollt das Qualitätsmanagement über Krankenhäuser und Praxen hinweg, ein Verfahren aus der Automobilindustrie zur Überprüfung und Optimierung der Fertigungsprozesse von Werkstücken. Was ist dadurch besser geworden? Es besteht der Zwang, an Disease-Management-Programmen (DMP) teilzunehmen, und auch die Patienten dazu zu überreden, sich in solche Programme einzuschreiben. Schon der Gedanke des DMP ist eine Beleidigung meiner ärztlichen Tätigkeit, denn nicht Krankheiten gilt es zu behandeln, sondern Kranke. Alles und jedes was der Arzt tut, muss heute evidenzbasiert sein. Das mag zwar ein Fortschritt gegenüber der eminentbasierten Medizin sein, aber hat das irgendeinem Kranken, irgendeinem Arzt wirklich schon geholfen?

Heilkunst ist ein individueller Vorgang

Aus dem Blickwinkel der EbM waren zwei Drittel der Studien, die 338 in den USA untersuchten Leitlinien zugrunde lagen, hinsichtlich Stichprobenauswahl, Kriterienfestsetzung und Wertung von Symptomen vor und nach der Behandlung voller Fehler und von niedriger wissenschaftlicher Qualität. Damit werden Risikofaktoren und Ersatzparameter wie Blutzucker, Blutfette oder Blutdruckwerte zum Fetisch. Für ei-



ne überzeugende Therapie-Empfehlung oder gar Leitlinien-Formulierung müssten solche Studien aber patienten-zentrierte Effekte, also Todesfälle, Herzinfarkte, Schlaganfälle u. a. untersuchen. Über die Hälfte der Leitlinien-Studien erfüllt die selbst gesetzten Qualitätskriterien nicht.

Mit der Einführung der „disease related groups“ (DRGs) in den Krankenhäusern geschieht das gleiche. Es wird gelogen und betrogen, dass sich die Balken biegen, um noch eine und noch eine Erkrankung chiffrieren zu können. An einem großen Frankfurter Krankenhaus sind inzwischen fünf voll approbierte Ärzte den ganzen Tag mit nichts anderem beschäftigt, als DRG-Codierungen zu optimieren und gegen eine noch viel größere Zahl voll approbierter Ärzte des MDK durchzusetzen, damit das Krankenhaus ausreichende Einnahmen hat.

Leitlinien, ICD, DMP oder DRGs sind Bauteile der Zerstörung der Humanmedizin, deren Zeugen wir jeden Tag werden. Leitlinien sind vielleicht nicht einmal die wichtigsten. All diese Bauteile befinden sich nicht in der Hand von Ärzten, sondern von Politikern. Ihr Ziel ist es, im Gesundheitswesen Markt und Konkurrenz, Privatisierung und Profitorientierung durchzusetzen. Das aktuellste und gefährlichste Teilstück dieses Zerstörungsprozesses ist die elektronische „Gesundheits“-Karte (e-card). Mit Gesundheit hat sie so viel zu tun, wie ein Wolfsrudel mit Schafe hüten. Dienstleister Arzt und Kunde Patient müssen überwacht und gesteuert werden, dazu ist eine zentrale Datenspeicherung unverzichtbar. Spätestens jetzt müsste die Ärzteschaft aufwachen. Ärztekammer- und KV-Beschlüsse lassen dies derzeit hoffen.



In die Tüte wurden die Daten der drei Damen aus dem Original „Les Poseuses“ von Georges Seurat abgefüllt. Zwei Bilder mit gleichem Inhalt, aber das Wesentliche bleibt auf der Strecke.

Ursus Wehrli, Noch mehr Kunst aufräumen, KEIN & ABER Verlag, Zürich 2004

Wie gehen Mensch, Arzt und Patient eigentlich mit Informationen um, die den Charakter von Daten haben? Dies veranschaulichen die Bilder oben. Bild 1 zeigt die „aufgeräumte“ Version des Kandinsky-Bildes „Roter Fleck II“ von 1921 des Schweizer Künstlers Ursus Wehrli. Hier ist eine geordnete Ansammlung von optischen Zeichen abgebildet – bunt und unverständlich. Sie könnte einem bekannt vorkommen, aber woher? Möglich dagegen, dass man mit Bild 2, Original von Wassily Kandinsky- „Roter Fleck II“ von 1921, eher etwas anfangen könnte: Sei es, dass man sie als Bild nun wieder erkennt, sei es, dass sie Gefühle und Assoziationen auslöst, wie es Kunstwerke können. Dass Art, Anzahl, Form und Farbe der Zeichen auf diesem Bild mit dem Bild vorher identisch sind, konnte man bemerken: Wenn man schon durch die Reduktion eines Bildes auf seine Daten den möglichen Inhalt verändert oder gar zerstört, was passiert dann erst mit einem Menschen, zurechtgestutzt auf seine Daten auf einer Chipkarte? Dies illustriert Bild 3 mit der aufgeräumten Version des Seurat-Bildes Les Poseuses von 1886 des Schweizer Künstlers Ursus Wehrli. Auf dieser Abbildung kann man die nackten Daten von drei Patientinnen, in eine Tüte abgefüllt, sehen. Auf Bild 4 werden exakt die gleichen „Daten“ benutzt. Das Original von Georges Seurat, Les Poseuses, zeigt drei nackte „Patientinnen“. Die Humanmedizin basiert auf Kommunikation. Das Paradigma einer elektronischen Gesundheitskarte verwechselt im Kontext der rasanten Industrialisierung unseres Gesundheitswesens Daten mit Information und Information mit Kommunikation. Es sind absichtsvolle

Verwechslungen. Die Zerstörung der ärztlichen Schweigepflicht wird dabei als Kollateralschaden in Kauf genommen.

Zum Abschluss eine Facette aus der Welt der Musik, die jedoch aus dem Bereich der Unternehmensberatung stammt. Es handelt sich um den Vorschlag, wie Schubert seine Unvollendete Symphonie hätte vollenden können.

„Der Generaldirektor eines Großunternehmens erhielt eines Tages eine Gratis-Eintrittskarte für das Konzert von Schuberts Unvollendeter Symphonie. Er konnte das Konzert nicht selbst besuchen und schenkte deshalb die Karte einem befreundeten Unternehmensberater. Nach zwei Tagen erhielt der Unternehmer von seinem Berater ein Memo mit folgenden Konzertkommentaren:

1. Während längerer Zeit waren vier Flötisten nicht beschäftigt. Die Zahl der Bläser sollte deshalb reduziert und die Arbeit auf die übrigen Musiker verteilt werden, um damit eine gerechtere Auslastung zu gewährleisten.

2. Alle zwölf Geiger spielten identische Noten. Dies stellt eine überflüssige Doppelspurigkeit dar. Die Zahl der Geigenspieler sollte deshalb ebenfalls drastisch gekürzt und für intensivere Passagen könnte ein elektronischer Verstärker eingesetzt werden.

3. Es wurde zu viel Mühe zum Spielen von Halbtonschritten aufgebracht. Empfehlung: Nur noch Ganztonschritte spielen! Dadurch können billige Angelernte und Lehrlinge eingesetzt werden.

4. Es hat keinen Sinn, mit Hörnern die gleiche Passage zu wiederholen, die bereits mit Trompeten gespielt worden ist. Empfehlung: Falls alle diese überflüssigen Pas-

sagen eliminiert würden, könnte das Konzert von zwei Stunden auf 20 Minuten gekürzt werden.

Hätte sich Schubert an diese Empfehlungen gehalten, hätte seine Symphonie wahrscheinlich vollendet werden können.“ (Martin Hilb, Integriertes Personalmanagement, Luchterhand, München 1995)

ICD, DMP, DRGs, Leitlinien und eben auch die e-card sind Teil eines Industrialisierungsprozesses, bei dem von der Humanmedizin schlussendlich nicht viel übrig bleiben wird. Sie machen deutlich, wie Politiker, Betriebswirtschaftler und Informatiker die Humanmedizin verstehen und verändern wollen, damit es zu einer Passung zwischen ihr und dem Kommerz kommen kann.

Bernd Hontschik arbeitet seit 30 Jahren als Chirurg. Bis 1991 stationäre Tätigkeit, zuletzt Oberarzt der Chirurgischen Klinik im Städtischen Krankenhaus Frankfurt-Höchst, seit 1991 in Chirurgischer Praxis in Frankfurt am Main niedergelassen. Die Praxis versorgt mit „Job Sharing“ – Partner und 13 Angestellten knapp 2000 Patienten im Quartal. Schwerpunkt ist ambulantes Operieren. Seit 1986 zunehmende publizistische Tätigkeit mit regelmäßigen Kolumnen in einer Frankfurter Tageszeitung, Herausgabe der inzwischen siebenbändigen Taschenbuchreihe „medizinHuman“ im Suhrkamp Verlag, Mitherausgeber einer Schriftenreihe im Schattauer Verlag. Der Verfasser ist zudem Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der Zeitschrift „Chirurgische Praxis“. Er gibt die von Thure von Uexküll gegründete „Uexküll-Akademie“ als das Zentrum seiner medizinischen Denkwelt an.

Kontakt: www.medizinHuman.de



Bernd Hontschik
Körper, Seele, Mensch.
Versuch über die Kunst des Heilens,
Suhrkamp Verlag,
ISBN-13 978-3-518-45818-1,
Preis: 6,50 Euro

Psychotherapieforschung auf dem Prüfstand

Psychotherapie wirkt. Wie sieht es außerhalb des Labors aus? Im Interview fordert Thomas Fydrich mehr Versorgungsforschung und riskiert eine gesundheitsökonomische Diagnose. Dabei zieht er die Psychotherapeuten in die Verantwortung

Von Thomas Fydrich

Nach über 50 Jahren Psychotherapieforschung kann kaum jemand am Wert der Psychotherapie zweifeln: Psychotherapie wirkt, die Effektivität von Psychotherapie wurde in unzähligen Studien nachgewiesen. Dennoch wird – wie zuletzt in der von vielen beachteten GEK-Studie (Gmünder Ersatzkasse) – dies immer wieder auch von renommierten Forschern infrage gestellt. Was können Psychotherapeuten und Psychotherapieforscher tun, um diesen Positionen zu entgegnen?

In der Tat gibt es mittlerweile tausende von Studien, die die Effektivität von Psychotherapie unzweifelhaft nachweisen. Interessant an der Geschichte der Psychotherapieforschung ist dabei die provokante Publikation des englischen Psychologen Hans-Jürgen Eysenck aus dem Jahre 1952, in der er – übrigens auf der Basis einer definitiv fehlerhaften Methodik und nur basierend auf der Analyse einiger weniger Studien – behauptete, dass Psychotherapie keine Effekte habe. Er hat aber seinerzeit auch darauf hingewiesen, dass methodisch gute Studien notwendig seien, um dieses wichtige Feld weiter zu untersuchen.

In Deutschland waren in den sechziger Jahren besonders die empirischen Untersuchungen von Annemarie Dührsen bedeutsam, da diese wesentliche Grundlage für die Aufnahme der psychoanalytischen Therapie in das sozialrechtliche System waren und damit seitdem zunächst ambulante Psychotherapien abgerechnet werden konnten.

Aktuell wird weniger die Wirksamkeit allgemein als viel mehr der Nutzen der tatsächlich in der Versorgung stattfindenden Psychotherapie in Zweifel gezogen. Tatsächlich gibt es sehr viele Studien, die die Wirksamkeit der Psychotherapie unter kontrollierten Bedingungen untersuchen und deren positive Wirkungen nachweisen; Wirksamkeit und Nutzen der Psychotherapie in der Praxis der Versorgung wurden jedoch insgesamt gesehen vergleichsweise wenig untersucht und wenn, dann sind diese Studien oft mit gravierenden methodischen Fehlern behaftet. Ebenso mit deutlichen Fehlern behaftet ist jedoch auch die von Ihnen erwähnte GEK-Studie.

Äußerungen von maßgeblichen Vertretern der Kostenträger, aber auch der Kassenärztlichen Vereinigung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie die in den letzten Gesundheitsreformen gesetzlich immer deutlicher werdende Forderung nach Qualitätssicherung und einem Nachweis der Ergebnisqualität medizinischer und psychotherapeutischer Versorgung sind jedoch aus meiner Sicht grundsätzlich absolut gerechtfertigt. Wir als Berufsstand erbringen Leistungen auf Kosten des Solidarsystems und das Solidarsystem hat das Recht, einen Nachweis über die Wirksamkeit und den Nutzen unserer Arbeit zu fordern.

Psychotherapeuten und Psychotherapieforscher können dies unterstützen, indem sie Verläufe und den Erfolg psychotherapeutischer Arbeit systematisch dokumentieren und an Projekten zur Versorgungsforschung teilnehmen. Dabei wird man an

einer inter-subjektiven Erfassung zentraler Parameter des Therapieerfolgs durch den Einsatz etablierter psychometrischer Verfahren nicht vorbeikommen. Es ist jedoch selbstverständlich, dass die Finanzierung dieser Forschung öffentliches Interesse ist und daher auch von den Krankenkassen mitfinanziert werden muss.

Welchen Stellenwert haben dabei RCT-Studien (randomisierte kontrollierte Studien)? Wie sind in diesem Zusammenhang Studien im Rahmen der Versorgungsforschung, also die in der konkreten alltäglichen Versorgung durchgeführt wurden, zu bewerten?

In diesem Zusammenhang erlebe ich immer wieder eine sehr widersprüchliche Haltung bei manchen Kolleginnen und Kollegen, die lange Listen von Nachteilen und methodischen Problemen von randomisierten und kontrollierten Studien aufzählen, dabei aber vergessen, dass besonders diese Studien zu der Anerkennung der Psychotherapie als wirksame Interventionsverfahren beigetragen haben. Die erste große Metaanalyse über die Wirksamkeit von Psychotherapie von Smith, Glass und Miller, veröffentlicht im Jahre 1980, aber auch viele nachfolgende Studien und Metaanalysen haben vor allem für die nicht-psychotherapeutische Fachöffentlichkeit und die Kostenträger zu Recht den höchsten Evidenzgrad. Zwar sind einige der Kritikpunkte an RCT-Studien gerechtfertigt, dennoch sind sie nach wie vor ein wesent-



Foto: Privat

Thomas Fydrich, Professor für Psychotherapie und Somatopsychologie am Institut für Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin, Aufbau und Leitung des Zentrum für Psychotherapie; Weiterbildender Studiengang für Psychologische Psychotherapie (ZPHU), Vorsitzender des Verbunds universitärer Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (unith), Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. Erfahrungen in der Arbeit in den Psychotherapeutenkammern (Aufbau der Kammer Baden-Württemberg; Delegierter und Ausschussmitglied der Bundespsychotherapeutenkammer (bis 2007); Vorsitzender des Ausschusses Wissenschaft, Forschung und Qualitätssicherung in der Berliner Psychotherapeutenkammer). Sprecher der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie. Forschungsbereiche: Panikstörung und Agoraphobie, Soziale Phobie, Persönlichkeitsstörungen, Psychotherapieforschung.

licher Beitrag zur fortlaufenden Dokumentation der Wirksamkeit von Psychotherapie. Zur Erhöhung der externen Validität sind jetzt zunehmend versorgungsnaher Studien notwendig, die dann auch als Verlaufsstudien ohne Randomisierung und gegebenenfalls auch ohne Kontrollgruppe auskommen und dennoch einen hohen Aussagegrad haben.

„Versorgungsforschung muss von den Kassen finanziert werden“

Welche Gefahren und Chancen bestehen darin, die Ergebnisse der Psychotherapieforschung beziehungsweise der psychotherapeutischen Versorgungsforschung unter gesundheitsökonomischer Perspektive zu betrachten?

Die Chancen des Transfers experimenteller Psychotherapieforschung in die Versorgung liegen darin, dass fokussierte, gegebenenfalls auch manualisierte Behandlungen zu einer schnellen und auch langfristig wirksamen Hilfe für Betroffene zur Verfügung gestellt werden können. Wir sehen dies gerade in einem aktuellen Forschungsprojekt bei uns am Institut für Psychologie der Humboldt-Universität, in dem eine streng manualisierte Behandlung von Personen mit teilweise lang vorliegenden Panikstörungen und Agoraphobien durch eine sehr intensive Behandlung mit etwa 20-30 Stunden in sechs bis acht Wochen in einer Weise profitieren, die ich nicht für möglich gehalten hätte. Nur drei Patienten der bisher über 40 in die Behandlung aufgenommenen haben die Behandlung im Rahmen der Studie frühzeitig beendet. Interessant für mich ist auch, dass selbst häufig vorkommende komorbide psychische Störungen kein Gegenargument für das Beibehalten der manualisierten Therapie war und diese Patienten ebenso von der Behandlung zu profitieren scheinen. Bei weiterhin bestehender Indikation für die Behandlung der komorbiden Störung wird die Behandlung dann außerhalb der Standardtherapie fortgesetzt.

Risiken einer primär gesundheitsökonomischen Bewertung der Psychotherapieforschung sehe ich in einer möglicherweise zunehmenden Bürokratisierung und einer denkbaren Einengung der Flexibilität für Patienten und Therapeuten. Dies kann zu einer deutlichen Verschlechterung der Versorgung führen. Es können nicht alle Konstellationen und alle Angebote in ihrer Wirksamkeit und ihrem Nutzen empirisch zweifelsfrei nachgewiesen werden. Beispielsweise kann eine Langzeittherapie für alle Psychotherapieverfahren eine notwendige Form der Versorgung sein, wenn kurze Therapien

keine Wirkung zeigten oder es um die Behandlung von Personen mit chronisch psychischen Erkrankungen geht.

Welche Zukunftsaufgaben sind dabei vordringlich zu bewältigen?

In diesem Kontext gehört es aus meiner Sicht zu den vordringlichsten Aufgaben unserer Profession, selbst Methoden der Dokumentation und Evaluation auszuwählen und einzusetzen, die wir aus der forschungsnahen Praxis und der praxisnahen Forschung für sinnvoll und dem Gegenstand Psychotherapie als angemessen erachten. Diese müssen in Modellprojekten erprobt werden und sollten mehr und mehr in die Praxis Eingang finden. Ich bin überzeugt davon, dass systematische Evaluation im positiven Sinne die fortlaufende fachliche Selbstreflexion fördert und damit die eigene Arbeit und letztlich auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten verbessert. Wenn wir dies nicht selbst in die Hand nehmen, wird uns dies möglicherweise schon in naher Zukunft diktieren.

Wie können die Psychotherapeutenkammern und psychotherapeutischen Verbände stärker als bisher in der gesundheitspolitischen Diskussion auf die Psychotherapieforschung beziehungsweise die psychotherapeutische Versorgungsforschung zurückgreifen, um die Psychotherapie als Ganzes noch weiter zu stärken?

Ich erlebe sowohl in den Psychotherapeutenkammern als auch von Psychotherapeutenverbänden zunehmende Offenheit diesem Thema gegenüber. Ideen und Ansätze für Modellprojekte werden auch von Kolleginnen und Kollegen ebenfalls zunehmend akzeptiert und Fortbildungsveranstaltungen dazu nachgefragt. Mein Eindruck ist, dass sich die Akzeptanz der Forschung, besonders der Versorgungsforschung gegenüber in den letzten Jahren in der Profession deutlich erhöht hat, und dass wir auf einem guten Weg sind. —

Falsch und unterbewertet

Das Einkommen der Psychotherapeuten liegt deutlich unter dem anderer Vertragsarztgruppen. Arbeiten sie weniger als ihre Kollegen? Der Honorarmaßstab muss neu justiert und transparent werden – mit mehr Respekt vor der Belastungsgrenze

Von *Norbert Bowe*, Vorstandsreferent bvvp und *Marianne Funk*

___ **Zwei Ereignisse** regen dazu an, sich gründlich mit dem Thema Arbeitsleistung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu befassen. Erstens: Die niedrigen Honorare der Berufsgruppe wurden von der Bundesregierung im Juli 2008 erstmals öffentlich bekannt gemacht. Zweitens: Die baden-württembergische Sozialministerin Monika Stolz hat anlässlich einer Anfrage zur psychotherapeutischen Versorgung ausgeführt, es gäbe gegenüber dem, „was das BSG für möglich hält“ anscheinend eine „freiwillige selbst gesteuerte Leistungsbeschränkung“, obwohl die Psychotherapeuten von keinen ökonomischen „Einschränkungen und Abstaffelungen“ von der Arbeit abgehalten würden (Bericht an den Landtag vom 30. Juni 2008). Die Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KV BW) weiter zitierend stellt sie fest, dass „die Berufsethik verlange, sich nur auf so viele psychotherapeutische Beziehungen einzulassen, wie im Sinne des Patienten bewältigt werden können“. Hier wird zum ersten Mal eine berufsethische Motivation für den Umfang psychotherapeutischer Arbeitsleistung in Betracht gezogen und damit der Respekt vor den Belastungsgrenzen des Berufsstandes öffentlich bekundet.

Psychotherapeuten haben die niedrigsten Einkommen aller Leistungserbringer innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen. Mit einem bundesdurchschnittlichen Honorarumsatz von 62.882 Euro und einem Praxisgewinn von 38.623 Euro liegen die Einkommen deutlich unter den anderer Vertragsarztgruppen.

Die Vertragsärzteschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) meinen dies darauf zurückführen zu können, dass Psychotherapeuten wenig arbeiten würden. Der Umsatzdurchschnitt wird bei 21 Behandlungsstunden erreicht. Das wird nach der EBM-Norm (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) und dem derzeitigen Produktivitätsfaktor mit 31 Arbeitsstunden gleichgesetzt und scheint kläglich gegenüber den 51 Arbeitsstunden, die der Ärzteschaft im Durchschnitt zugeschrieben werden. Dies ist eine völlig unangemessene Unter- und Fehlbewertung unserer Arbeit.

Systematische Fehlbewertungen von Psychotherapieleistungen

Vom BSG zur KBV hat sich schleichend eine normative Bewertungsweise entwickelt, die das Leistungsvolumen der Psychotherapeuten generell als zu geringfügig entwertet.

Im BSG-Urteil von 1999 wurden in einer Modellkalkulation 36 Behandlungsstunden als maximale Leistung der Berufsgruppe angenommen („optimaler Praxisauslastung und vollem persönlichen Arbeitseinsatz“). Der daraus resultierende Umsatz wurde mit dem Durchschnittsumsatz bestimmter anderer Arztgruppen verglichen. Achtung: Hier wurde Geld gleichgesetzt – nicht Leistung.

Das BSG war sich aber 1999 dessen bewusst, dass es mit den 36 Stunden eine Grenzleistung bzw. Maximalleistung definierte, dass der Vergleich einer Maximalleistung mit einer Durchschnittsleistung zuungunsten der Psychotherapeuten erfolgte und nur die Untergrenze einer noch verteilungsgerechten Honorierung darstellte.

Bei der Rezeption in der KBV ging genau dieser Sinnzusammenhang verloren. Über den EBM 2000+ und umfangreichen Zeitberechnungen für Leistungen wurden durchschnittlicher Umsatz (Geld) und maximale Leistung (Zeit) gleichgesetzt und bei den Psychotherapeuten zur Bewertungsnorm erhoben. Damit wurden die 36 Behandlungsstunden der Psychotherapeuten zum direkten Äquivalent der 51 Arbeitsstunden der somatischen Kollegen.

Diese honorartechnische Gleichsetzung zieht eine Entwertung des Leistungsverhaltens der Psychotherapeuten nach sich. In den Selbstverwaltungsgremien werden nur die Therapeuten mit 36-Stunden-Maximalauslastung als Vollzeit-Arbeitende wahrgenommen und deren GKV-Leistung als den 51 Wochenstunden leistungsäquivalent angesehen. Alle anderen Psychotherapeuten arbeiten daher nach der daraus resultierenden somatisch-ärztlichen Sichtweise viel zu wenig. Die Durchschnittsleistung der Psychotherapeuten wird zu einer Teilzeitbeschäftigung degradiert.

Durch diese schleichende Normsetzung wird unser Arbeitsverhalten doppelt entwertet: Die Psychotherapeuten werden als wenig(er) leistungsbereit abgewertet und sie sehen sich mit dem Vorwurf konfrontiert, nicht ausreichend der Patientenversorgung zur Verfügung zu stehen.

Behandlungszeit – Arbeitszeit

Ein weiteres, kaum aussrottbares Grundübel mit gleicher Auswirkung besteht darin, dass in den standespolitischen Debatten konstant bei den Psychotherapeuten die unmittelba-



Fotos: Privat

Norbert Bove: Der Vorstandsreferent ist im bvvp langjährig mit Honorarklageverfahren befasst.

Marianne Funk: In Baden-Württemberg engagiert in KV und Kammer. Langjährige Recherchen über Arbeitszeiten, Arbeitsfelder und die soziale Situation von freiberuflichen Psychotherapeuten, Vorsitzende des VVPSW.



Fotos: Privat

re Patienten-Kontaktzeit mit der Gesamt-Arbeitszeit verwechselt wird. Schon bei den somatisch behandelnden Ärzten beträgt Verhältnis von Sprechstundenzeit zu Arbeitszeit zwischen 1 zu 1,3 bis 1 zu 1,5, wobei die reine Patienten-Kontaktzeit noch einmal deutlich unter der Sprechstundenzeit liegt. Aber vor allem bei den Psychotherapeuten ist das Verhältnis Behandlungszeit zu Arbeitszeit noch divergenter: Denn nicht zuletzt aufgrund schlechtester Honorarbedingungen verfügen diese praktisch über keine professionelle Praxishilfen und müssen daher in der Regel fast alle anfallenden Praxistätigkeiten und Nebentätigkeiten selbst verrichten.

Wie weit Behandlungszeit und Arbeitszeit auseinanderfallen haben die Ergebnisse der Struktur- und Kostenerhebung der Prime Networks AG im August 2007 gezeigt: Dort wurden erstmalig die „delegierbaren Tätigkeiten“ erfasst, das heißt die Leistungen, die eigentlich vom Praxisinhaber an eine Hilfskraft/Arzthelferin delegiert werden könnten (wenn sie denn in hinreichendem Umfang zur Verfügung stünde). Bei den Psychotherapeuten nahmen diese Leistungen mit Abstand den größten Raum ein, und zwar 5,84 Wochenstunden Arbeitszeit, während sie bei Neurologen, Psychiatern und Kinder- und Jugendlichenpsychiatern nur durchschnittlich zwischen 2,12 und 2,76 Stunden betragen. Auf das Jahr hochgerechnet verbringen die Psychotherapeuten dieser Erhebung nach durchschnittlich circa 250 Stunden allein mit Hilfskraft-Tätigkeiten, in denen sie keine Behandlungen durchführen können und

kein Honorar erwirtschaften. Dazu addieren sich noch die deutlich umfänglicheren Leistungszeiten ohne Patientenkontakt, die nicht delegierbare, ergänzende Leistungsanteile darstellen wie Dokumentation, Briefe und Berichte, Telefonate, Supervision etc. Insgesamt kann aus den Erhebungsdaten extrapoliert werden, dass die Produktivität nicht bei 67,5 Prozent liegt, wie im EBM 2000 plus und EBM 2008 unterstellt, sondern bei ca. 50 Prozent. Auf eine Behandlungsstunde kommt eine Stunde ergänzender Arbeitstätigkeit.

Auch dieser dargelegte ständig weiter tradierte Grundfehler der Verwechslung von Behandlungszeit und Arbeitszeit hat Einfluss auf die fehlerhafte Bestimmung der Produktivität bei den EBM-Bewertungen gehabt. Umso wichtiger ist es jetzt, dass angesichts der Umstellung der Vergütungen auf einen bundesweit geltenden allgemeinen Orientierungspunktwert auch die EBM-Bewertungen psychotherapeutischer Leistungen auf den Boden einer realitätsgerechten, auf statistischen Daten fußenden betriebswirtschaftlichen Kalkulation gestellt werden. Dasselbe gilt im Übrigen für die Gesprächsziffern der Facharztkapitel der Sprechenden Medizin. Bei fixem Orientierungspunktwert kann nur über eine solche EBM-Justierung dem Gebot der Verteilungsgerechtigkeit entsprochen werden. Konsequenterweise hat daher der Gesetzgeber auch eine Verpflichtung zur betriebswirtschaftlich kalkulierten und an statistischen Daten orientierten EBM-Punktzahlbewertung in den § 87 des SGB V aufgenommen.

Raus aus der Defensive! Für ein offensives Vertreten unseres Arbeitsverhaltens!

Es gibt gute Gründe, den Wert unserer Arbeit selbstbewusst vorzutragen. Wichtige Adressaten sind zu allererst wir selbst, da auch wir immer wieder in gesellschaftlichen Wertungen gefangen sind und in die Defensive geraten. Dafür gibt es keinen Grund: Seelische Krankheiten nehmen zu, das Leiden der Einzelnen und die Auswirkungen auf die Gesellschaft sind groß. Wir wissen, wie man seelisch Kranke behandelt. Dies gilt es, der ärztlichen Selbstverwaltung, deren Sorge um weitere Belastungen im begrenzten Budget schon viel zu lange wenig Bereitschaft zu einer sachadäquaten Bewertung hat erkennen lassen, sowie der Politik, den Krankenkassen und dem BSG zu vermitteln.

Es müsste auch beim BSG umgedacht werden. Denn wenn eine Vollzeitpraxis erst bei 36 Wochenstunden anfängt und gleichzeitig aufhört, bleibt unsere Leistung chronisch unterbewertet. Denn gleichgültig, was wir an Feinheiten in der Vergleichsberechnung zu anderen Arztgruppen oder bei den Praxiskosten an „Aufbesserungen“ erreichen, der erreichte Vergleichswert wird immer durch das potentielle Leistungsvolumen von 36 Behandlungsstunden bei 43 Jahreswochen dividiert und führt zu einem Nullsummenspiel, wie der EBM 2008 gezeigt hat. Würden hier zum Beispiel als Divisor nur 30 Stunden berücksichtigt werden, wäre das Honorar für alle automatisch 20 Prozent höher und käme eher in die Nähe einer Honorargerechtigkeit.

Die Politik sollte zuerst auf mehr Transparenz drängen. Die Veröffentlichung der Durchschnitts-Honorare ist ein erster Schritt. Außerdem fordern wir, dass die Honorarumsatzklassenverteilungen aller Teilgruppen bundesweit offengelegt werden. Damit erledigten sich viele Falschaussagen über die angeblich erheblich geringere Psychotherapeutenleistung von selbst.

Wir Psychotherapeuten sollten unser Selbstverständnis offensiv neu definieren. Wir sind keine Wenigleister, wir sind sogar Vorbilder in der Gesundheitsversorgung, denn sogar unsere Großpraxen zeigen ein maßvolles Leistungsverhalten. Wir sollten uns dafür einsetzen, dass Gesundheitsberufe nicht weiter zur Selbstüberlastung gezwungen werden. Die Festlegung der Ärzte auf eine 51-Stunden-Woche ist kein Dogma, sondern eine Überbelastung zum Schaden aller. Busfahrer müssen ihre Fahrzeiten einschränken. Wir arbeiten alle mit kranken Menschen, diese haben ein Recht auf unsere sorgfältige Aufmerksamkeit. Das kostet Zeit und Kraft.

Wie viel arbeiten Psychotherapeuten wirklich?

1. Psychotherapeuten arbeiten im Durchschnitt Vollzeit. Die 21 Behandlungsstunden entsprechen einer Tätigkeit von 41,4 Arbeitsstunden in der GKV. Dieser Umfang begründet sich durch die Qualität der Ar-

beit. Aber auch die Honorarstatistiken erlauben einen Hinweis. Sie geben nämlich nur die realisierten und bezahlten Patientenkontaktstunden wieder. Wer aber 21 Stunden im Jahresdurchschnitt realisieren will, muss deutlich mehr Zeit anbieten. Unsere Patienten haben kontinuierliche Ausfallzeiten, die wir oft nicht ausgleichen können (Feiertage, Urlaubszeiten, Krankheiten, kranke Kinder und Sonstiges). In manchen Jahresphasen tritt dies gehäuft auf. Zum Ausgleich leisten wir deshalb in regulären Arbeitswochen des Jahres wesentlich mehr Behandlungsstunden.

2. Einem Wochenumfang von 36 Behandlungsstunden entsprechen somit weit mehr als 51 Arbeitsstunden. Aus Honorarumsatzgrößenklassenstatistiken von 1998 bis heute kann man erkennen, dass die Grenze von 36 Behandlungsstunden von nur zwei bis 5 Prozent der Psychotherapeuten erreicht und überschritten wird. Wenn diese Grenze aber nur 51 Arbeitsstunden abbilden würde, wäre das wenig einleuchtend. Denn auch in Zeiten mit extrem geringen Honoraren, in denen es nahe gelegen hätte, das Minder Einkommen durch Mehrarbeit auszugleichen, war die Zahl der 36-Stunden-Praxen nicht höher. Das lässt den Schluss zu, dass die Grenze der optimalen Auslastung schon deutlich vorher überschritten wird.

3. Psychotherapeuten sind auf ihr Einkommen in der GKV angewiesen - mehr als

alle anderen Vertragsarztgruppen. Wir haben nur wenige Leistungschancen außerhalb der GKV. Das wurde im BVVP-Magazin 4/2005 Seite 16 ff. über eine Analyse der gesellschaftlichen Nachfrage genau begründet. Danach gilt, dass es für den gesamten Berufsstand nicht einmal zwei Behandlungsstunden pro Woche gibt, die zusätzlich zu GKV-Leistungen realisiert werden. Auch im direkten Vergleich mit anderen Arztgruppen stehen wir schlechter da. Bei Privatpatienten sind deren Verträge mit der Versicherung häufig so angelegt, dass nur 20-30 Stunden im Jahr bezahlt werden, während Somatiker die Möglichkeit haben, ihre Leistungen bei Privatpatienten auszuweiten. Selbstzahlung ist bei den meist jeweils einmaligen *Igel*-Leistungen wahrscheinlich häufiger als bei einer kontinuierlich stattfindenden Psychotherapie.

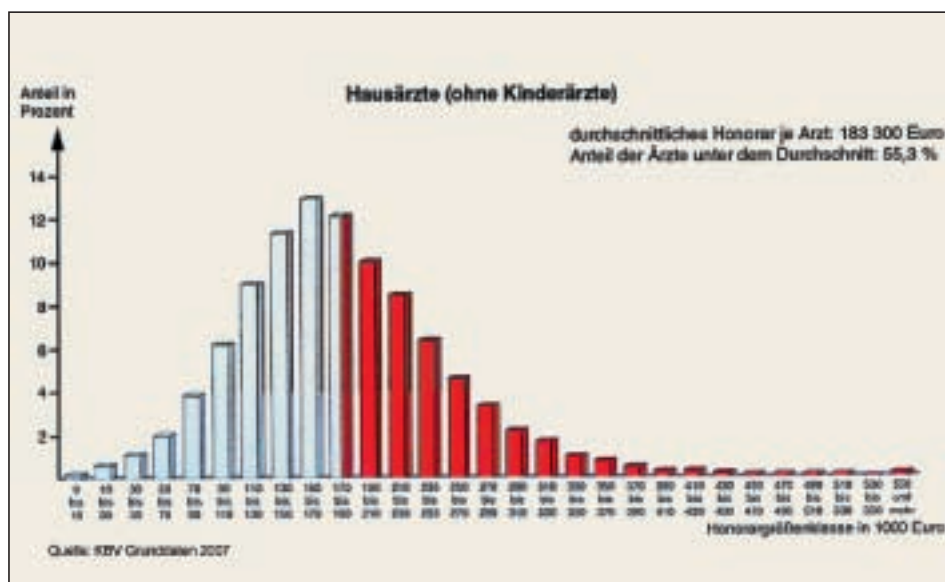
4. Die wenigen zugänglich gemachten Honorarumsatzklassenstatistiken der Kassenärztlichen Vereinigungen sind aufschlussreich, denn man kann daraus Rückschlüsse über das Leistungsverhalten ziehen. Die Grafiken 1 und 2 geben einen Überblick des Jahres 2006. Zuerst die Leistungsverteilung der Hausärzte in der gesamten Bundesrepublik, die in den Grunddaten der KBV (2007) veröffentlicht ist. Dann eine Leistungsverteilung der Psychotherapeuten aus dem ehemaligen Südwürttemberg.

Der durchschnittliche Honorarumsatz der Hausärzte im Jahr 2006 lag bei 183.300 Euro, der Umsatz der Psychotherapeuten in Südwürttemberg bei 64.400 Euro. Der Praxiskostensatz der Hausärzte beträgt 54 Prozent, der Kostensatz der Psychotherapeuten 40 Prozent.

Die Verteilungen zeigen:

Psychotherapeuten haben in der GKV im Wesentlichen dasselbe Leistungsverhalten wie andere Vertragsarztgruppen mit homogenem Leistungsprofil. Die Leistung entspricht einer Normalverteilung, die leicht linkslastig ist. Es wäre sinnvoll, die Psychotherapeutenverteilung ebenfalls durch 30 Honorarstufen abzubilden wie die KBV-Statistik, denn die feinere Skalierung könnte die Kleinpraxen und die Normalverteilung besser differenzieren.

Der Anteil der Kleinpraxen, die unter dem jeweiligen Durchschnittshonorarumsatz liegen, ist bei den Psychotherapeuten nur um



Durchschnittshonorarumsätze der Hausärzte je Honorarklassengröße 2006 – gesamtes Bundesgebiet

ca. 4 Prozent höher als bei den Hausärzten. Das widerspricht dem oft vorgetragenen Argument, die niedrigen Psychotherapeutenhonorare seien auf die hohe Zahl der Kleinpraxen zurückzuführen. Der Anteil der Kleinpraxen rechtfertigt die eklatanten Honorarunterschiede nicht.

Auf der Seite der Großpraxen zeigt sich ein maßvolles Leistungsverhalten. Auf der rechten Seite der Verteilungskurve sieht man bei den Psychotherapeuten einen vergleichsweise starken Leistungsabfall. Ab 120.000 Euro erreichen etwa 5 Prozent der Kollegen 36 Stunden Patientenkontaktzeit (36 Stunden inklusive Probatorik und Gesprächsleistungen). Erst bei einem Honorarumsatz von 140.000 Euro sind wirklich 36 Stunden reine genehmigungspflichtige Psychotherapie erreicht, wobei Probatorik und Gesprächsleistungen noch dazu kommen. Die Honorarkurve zeigt, dass diese Grenze des BSG nur von 2 Prozent der Psychotherapeuten erreicht bzw. überschritten wird.

... und wie definieren Psychotherapeuten Vollausslastung?

Um zu erfahren, wie viele Behandlungsstunden pro Woche für einen Psychotherapeuten Vollausslastung bedeutet, kann man aber neben den KV-Statistiken auch die Betroffenen selbst befragen. Und dabei stellt man fest, dass die diesbezüglichen Angaben zeitkonstant bei ganz ähnlichen Margen liegen. Eine Befragung des Verbandes der Vertragspsychotherapeuten Südbaden unter 231 Psychotherapeuten 1993 ergab zum Beispiel als zumutbare Behandlungsstunden bei Betreiben einer Vollzeitpraxis 29,90 Behandlungssitzungen. Vergleichbare Befragungen des Verbandes Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im BDP (VPP) zeigten ganz entsprechende Ergebnisse um 30 Behandlungssitzungen. Eine weitere bundesweite Umfrage 1999 zu den Auswirkungen der Honorarsituation niedergelassener Psychotherapeuten des bvpv ergab bei der Frage nach der unter Qualitätsaspekten vertretbaren wöchentlichen Behandlungszeit einen Mittelwert von 29,03 Stunden mit einer Standardabweichung von 4,23 (n=334). Unterstellt man bei einer Optimalauslastung von 29-30 Sitzungen einen PKV-Anteil von 10 Prozent, so bliebe als Maximalauslastung GKV ein Durchschnittswert von

26-27 Behandlungsstunden. Das ist deutlich (25 Prozent) unter dem BSG-Niveau, dem allerdings eine besser personell ausgerüstete Praxis mit einer professionellen Halbtagskraft unterlegt ist.

Sich auslasten oder überlasten?

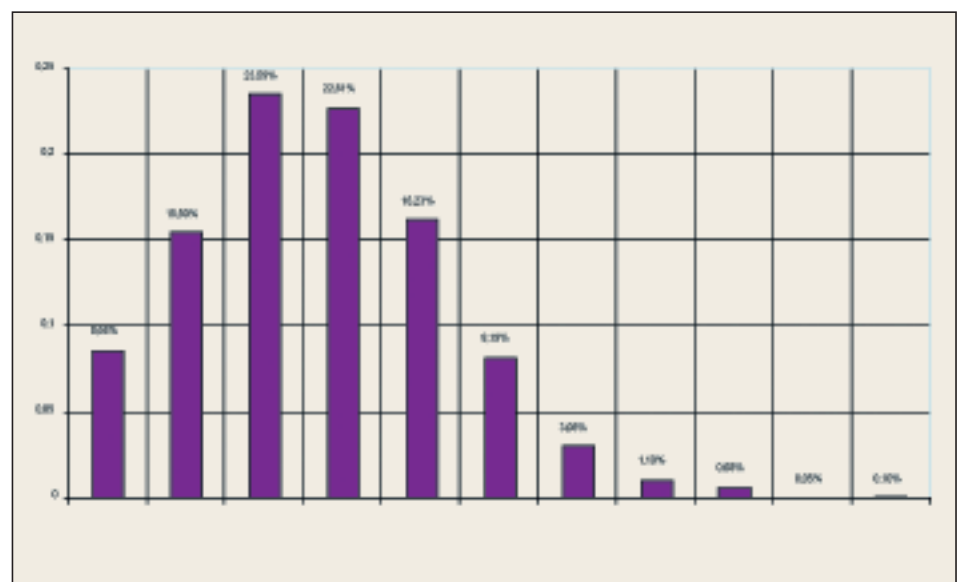
Über all die Datenanalysen und Berechnungen darf aber ein Gesichtspunkt nicht unter den Tisch fallen, der von zentraler Bedeutung ist: Das wichtigste Handwerkszeug des Psychotherapeuten ist seine eigene Person, seine Aufmerksamkeit, seine Offenheit, seine Zugewandtheit, sein Einfühlungsvermögen. Ein abgearbeiteter, überlasteter und nicht mehr voll reaktionsfähiger Psychotherapeut wird grundsätzlich zum Therapierisiko. Oder vom Psychotherapeuten her betrachtet: Mit den eigenen Kräften am Ende und im Zustand der Übermüdung wird das Zuhören und Behandeln von Patienten mit seelischen Nöten zur seelischen Qual.

Das dürfte – neben ethischen Gesichtspunkten – ein wichtiger Grund dafür sein, dass sich das Leistungsverhalten der Psychotherapeuten unabhängig vom jeweils aktuellen Punktwert so konstant gehalten hat: Nicht nur die Zeitbindung der Leistungen, die eine Leistungsverdichtung pro Zeiteinheit verhindert, sondern vor allem auch die klaren Grenzen, die durch die die persönlichen Ressourcen beanspruchende Be-

handlungstätigkeit markiert werden, stellen natürliche Hindernisse dar, bei gleichermaßen zu unterstellendem Gewinnstreben, die Leistungszeiten weiter auszudehnen. Diese Realitäten sind nicht nur ideell anzuerkennen, sondern auch bei der Leistungsbewertung zu berücksichtigen.

Die hier dargelegten Zusammenhänge machen eines klar: Psychotherapeuten sind leistungsbereit wie andere Leistungserbringer und Berufsgruppen auch. Ihre Arbeitszeit unterscheidet sich nicht nennenswert von der anderer Arztgruppen. Trotz vorhandener Ausweitungsmöglichkeiten ihrer Praxistätigkeit beschränken sie mehrheitlich ihre Behandlungsstundenzeit auf ein gesundes Maß, um ihre Patienten adäquat versorgen zu können. Diese Haltung ist der verantwortungsvollen Aufgabe in der Gesundheitsversorgung angemessen. Das Verhalten der gesamten Psychotherapeutenchaft ist in sich konsistent und gleich bleibend über viele Jahre hinweg unabhängig vom wechselnden Honorarniveau. Das reale Leistungsverhalten ist daher als Grundlage für eine normative Bewertung der Arbeitsleistung der Psychotherapeuten zu nehmen.

Wir Psychotherapeuten haben alle guten Argumente auf unserer Seite, um sowohl eine angemessene Würdigung des Versorgungsbeitrags als auch eine angemessene Vergütung unserer Arbeit zu durchzusetzen! ____



Honorarumsätze aus GKV im Jahr 2006, Fachgruppe Psychotherapie (ÄP, PP, KJP) aus der ehemaligen KV Südwürttemberg

errechnet nach den Daten der KVBW

Mehr Taschengeld für die sprechende Medizin

Die Ergebnisse der Honorarverhandlungen beenden viele berufsethische Zwickmühlen und sind eine gute Basis.

Für angemessene Honorare zu sorgen, bleibt aber weiterhin Aufgabe der Berufsverbände der Psychotherapeuten und ihrer Experten

Von Birgit Clever, 1. Vorsitzende des bvvp

___ **Inzwischen haben sich** die Ergebnisse der Honorarverhandlungen und des Schiedsverfahrens für die Honorare in der ambulanten Versorgung herumgesprochen. Die Ergebnisse sind insgesamt als sehr erfreulich für uns Psychotherapeuten zu bezeichnen. Wir haben den Sprung in die neue Honorarwelt des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes fast ohne Verluste überstanden. Das war keineswegs selbstverständlich, denn zunächst herrschte auf allen Seiten die Meinung vor, dass die Psychotherapeuten doch schon dauernd besser gestellt waren als die anderen! „Ihr habt doch schon gefrühstückt mit Euren Mindest-Punktwerten!“

Sprung in die neue Honorarwelt fast ohne Verluste überstanden

Wie sieht die neue Welt aus? Das zentrale Ziel des Gesetzgebers, die unterschiedliche Vergütung in den 17 KVen zu vereinheitlichen, wird mit dem einheitlichen Orientierungspunktwert umgesetzt. Dieser Orientierungspunktwert liegt unter den bisherigen Mindestpunktwerten in den KVen, so dass zur Vermeidung von Verlusten bei den Psychotherapeuten eine Anpassung vorgenommen werden musste. Die Notwendigkeit hierfür hatte der Gesetzgeber im § 87 SGB V unmissverständlich formuliert, indem er eine angemessene Vergütung für die psychotherapeutischen Leistungen formulierte. Dabei wurde zudem definiert, dass dies über die Bewertung im EBM zu erfolgen hat. Das ist schlüssig, da über den Punktwert keine Ho-

norarverteilung mehr vorgenommen werden kann. Die zunächst durchaus für gerechtfertigt gehaltene „kostenneutrale“ Umsetzung des Orientierungspunktwerts hätte dazu geführt, dass der bisherige durchschnittliche bundesweite Mindestpunktwert zum Ausgangspunkt weiterer Berechnungen hätte genommen werden können, was zum Gewinn für die bisher „armen“ Kollegen mit den niedrigen Mindest-Punktwerten und zu Verlusten für die bisher „reichen“ Kollegen geführt hätte. Nun hatte aber die KBV mit Blick auf Bayern und Baden-Württemberg die Parole ausgegeben, dass die Ärzte in keiner KV Honorar verlieren sollten. Und vor allem der Osten sollte gewinnen. Diese Forderung wurde auch von SPD- und CDU-Fraktion akzeptiert und bestimmte auch die Politik des BMG. Das führte natürlich logischerweise dazu, für die Psychotherapeuten die gleiche Forderung aufzustellen.

Beherzt forderte die KBV insgesamt ein Honorar von 4,5 und mehr Milliarden für 2009 sowie ein Honorar für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapeuten von 90 Euro pro Sitzung. Gegenüber einem bundesdurchschnittlichen Honorar von 73 Euro durchaus ein Schluck aus der Pulle. Gemessen hingegen an einem Honorar von über 125 Euro, das sich aus allen unseren Berechnungen als betriebswirtschaftlich zu rechtfertigen ergab, durchaus bescheiden. Wie immer sind aber Forderungen nie ganz in der gewünschten Höhe durchzusetzen.

Die Krankenkassen – geplagt von den unvorhersehbaren Effekten des Gesundheitsfonds – hätten am liebsten gar keine



Illustration: Katrin Wiehle

Steigerung der Arzthonorare gehabt. Sich an die Zusage der Bundesregierung anpassend, dass die Arzthonorare erhöht werden sollten, waren sie zu einem Mehr von 1,1 Milliarden bereit. Herausgekommen sind nun bekanntermaßen insgesamt 2,5 Milliarden und eine Erhöhung der Ausgaben für Psychotherapie, die zu einem Sitzungshonorar von 79,50 Euro führt. Die Fachleute streiten noch darüber, wie viele Millionen das bundesweit sind. Anders ausgedrückt: alle Leistungen des Kapitels 35.2 bekommen eine um den Faktor 1,29 erhöhte Punktzahl (also knapp 30 Prozent) gegenüber dem aus dem Jahr 2007 hochgerechneten Leistungsbedarf für 2008, um damit den geringeren Orientierungspunktwert auszugleichen und das höhere Honorar zu erreichen.

Für die Geschlossenheit der Berufsgruppe ist die Tatsache, dass wir nun nicht mehr bis zu 20-prozentige Honorarunterschiede von KV zu KV für die gleiche Arbeit verkraften müssen, unschätzbar wertvoll. Da sich die gleichen Effekte hoffentlich auch bei den Leistungen unserer bisher bei der Berechnung des Mindestpunktwerts zum Vergleich herangezogenen Facharzt-

gruppen einstellen werden, bleibt auch die Definition der angemessenen Vergütung durch das BSG bestehen und die Psychotherapeuten ziehen mit den überproportionalen Steigerungen dieser Arztgruppen in bisher „armen“ KVen mit. Zumindest hoffen wir das und werden es zu gegebenen Zeitpunkt auch prüfen. Es ist dennoch festzustellen, dass der Rahmen des BSG weiterhin eine Obergrenze für uns definiert, die es politisch in Frage zu stellen gilt: Auch mit voller Auslastung wird es zukünftig keinem Psychotherapeuten gelingen können, ein über dem Durchschnitt der fachärztlichen Vergleichsgruppen liegendes Honorar zu erzielen.

Honorar-Obergrenze politisch fraglich

In eine Gesamtbetrachtung der Ergebnisse muss auch die neue Regelung der Mengengrenzung durch ein gemeinsames Zeitkontingent für die Leistungen der Kapitel 22, 23 und 35, also der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen und der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen, einfließen. Eine lege artis durchgeführte Diagnostik im Rahmen der probatorischen Sitzungen, das Schreiben der Anträge und die Erstellung der biographische Anamnese unterliegen nun faktisch nur noch den in den Psychotherapie-Richtlinien vorgesehenen Grenzen. Es wird nur für diejenigen eine Abstufung in Euro für diese Leistungen geben, die schon bis 36 Sitzungen pro Woche, also in 2008 mehr als 679.070 Punkte, nur für genehmigungspflichtige Leistungen im Quartal abgerechnet haben. Für die Leistungen des Kapitels 35.1. werden die alten Punktzahlen des Jahres 2008 beibehalten und werden zum einheitlichen Orientierungspunktwert (OPW) vergütet. Für die probatorische Sitzung ergibt dies beispielsweise einen Betrag von 61 Euro. Das ist wenig im Vergleich zu 79,51 Euro, aber viel im Vergleich zur Abstufung auf zehn Prozent des Regelleistungspunktwertes und einer Vergütung von zum Beispiel nur fünf Euro wie bisher in manchen KVen üblich. Die berufsethische Zwickmühle, die Kurzzeittherapie als Diagnosephase zu

Honorar pro Sitzung Einzeltherapie mit mindestens 50 Minuten

	2007*	1. Quartal 2008	ab 2. Quartal 2008**	2009
BW Freiburg	74,15	76,34	78,98	79,51
BW Karlsruhe	75,65	76,34	78,98	79,51
BW Reutlingen	81,33	76,34	78,98	79,51
BW Stuttgart	82,67	76,34	78,98	79,51
Bayern	75,50	73,56	76,69	79,51
Berlin	66,08	64,38	66,61	79,51
Brandenburg	66,53	64,82	69,32	79,51
Bremen	74,90	72,98	76,69	79,51
Hamburg	70,86	69,05	68,97	79,51
Hessen	70,27	68,46	67,92	79,51
Mecklenburg-VP	71,01	69,19	71,96	79,51
Niedersachsen	76,25	74,29	75,55	79,51
Nordrhein	75,50	73,56	74,94	79,51
Rheinland-Pfalz	72,21	70,36	69,32	79,51
Saarland	73,26	71,38	71,91	79,51
Sachsen	66,53	64,82	67,04	79,51
Sachsen-Anhalt	65,93	64,24	66,16	79,51
Schleswig-Holstein	72,21	70,36	72,41	79,51
Thüringen	69,22	67,44	69,15	79,51
Westfalen-Lippe	79,09	77,06	81,43	79,51

ohne Gewähr

*Erhebung der DPtV

**Erhebung des bvpp

nutzen, ist damit beendet. Dies ist ein großer Fortschritt. Eine langjährige Forderung des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie bei der KBV sowie der Verbände ist damit erfüllt.

Reform zur Förderung der sprechenden Medizin

Das neue Konzept des Zeitkontingents ermöglicht darüber hinaus ein Spektrum von Praxisorganisationen, in dem auch Praxen mit hohem Anteil an nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen nicht durch enge Mengengrenzung in den Ruin getrieben werden. Durch die neuen Regelungen erhalten auch diejenigen Ärzte, die bisher als „unter 90 Prozent tätige Ärzte“ Psychotherapien durchführten, den gleichen Stundensatz wie alle anderen. Insofern

ist diese Reform durchaus auch als eine Reform zur Förderung der sprechenden Medizin anzusehen.

Viele Psychotherapeuten wissen gar nicht, wie viel sie pro Sitzung in Euro verdienen. Sie haben sich auf eine Menge an Behandlungsstunden eingependelt, die sie schaffen und mit denen sie bisher noch leben konnten. Es ist die Aufgabe der Berufspolitiker und der Berufsverbände der Psychotherapeuten, Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen der einzelne Arzt und Psychotherapeut sich vor allem auf seine Arbeit konzentrieren kann. Die jetzt erreichte Honorarhöhe für 2009, die seitens der Psychotherapeuten in ganz allererster Linie der Mitwirkung von Jürgen Doebert zusammen mit Dieter Best zu verdanken ist, kann mit Fug und Recht als eine gute Basis betrachtet werden.

**Angeregter
Meinungsaustausch in
Braunschweig:
Brigit Clever,
Jörg K. Merholz,
Norbert Bowe und
Jürgen Doebert.**

Fotos: Privat



Ökonomie wird Leitwissenschaft

Welche gesundheitspolitischen Änderungen stehen an?

Von Tilo Silwedel, Vorstandsmitglied des bvvp

— Patient – Ökonomie – Gesellschaft — Unter dieser Überschrift fand am 19. September 2008 eine gut besuchte Veranstaltung des bvvp mit dem Landesverband Niedersachsen des bvvp in Braunschweig statt. Die Mitglieder des hochkarätig besetzten Podiums führten unter der Moderation des niedersächsischen Landesvorsitzenden des bvvp, Jörg Merholz, eine intensive Diskussion mit dem Publikum.

Viele gesundheitspolitische Veränderungen kommen auf uns zu, die vor allem ökonomisch begründet werden: Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) werden geschwächt und neue konkurrierende Versorgungsformen werden geschaffen. Im kommenden Jahr wird die Honorierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf eine gänzlich neue Basis gestellt – das fängt beim Gesundheitsfonds an und reicht bis zum neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit einheitlichem Orientierungspunktwert für alle!

Drei Eingangsreferate steckten den Rahmen für die Diskussion ab, stellten die Ziele und auch die bisherige Arbeit des bvvp dar. Die Vorsitzende des bvvp, Brigit Clever, hob hervor, dass es eine psychotherapeutische Versorgung ohne materielle Absicherung nicht geben könne. Die Psychotherapie stelle einen Indikator für eine humane Gesellschaft dar und garantiere das Recht auf Subjektivität. Ökonomischer Druck stehe daher im Widerspruch zu den speziellen Arbeitsbedingungen der Psychotherapeuten.

Mit hoher Sachkompetenz stellte Jürgen Doebert, der an den entscheidenden Verhandlungen zur Honorarreform 2009 zwischen den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) beteiligt war, die Auswirkungen der Reform für die Psychotherapeuten dar. Davor gab Norbert Bowe einen Überblick über die Konfliktlinien zwischen den Psychotherapeuten und den übrigen Fachgruppen seit Einführung der Budgetierung der Gesamtvergütung 1993. Psychotherapie sei etwas anderes als Apparatedizin, denn das Behandlungsinstrument sei das Wort und nicht das Medikament. Im Zuge der Integration der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in das GKV-System ab 1999 hatten einige nicht-psychotherapeutisch tätige Arztgruppen gar die Ausgliederung psychotherapeutischer Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog gefordert. Das Honorar für eine Therapiesitzung müsste auf Grundlage einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation wenigstens 125 Euro betragen.

Ob die Bundesrepublik Deutschland und das Land Niedersachsen den in den Referaten formulierten Zielen näher kommen wollen und können, war Gegenstand der Diskussion mit den Gästen auf dem Podium: Carola Reimann, MdB, Mitglied im Gesundheitsausschuss des Bundestages und gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, Volker Steitz, stellver-

tretender Vorsitzender der KV Niedersachsen, und Lothar Wittmann, Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen. Aus Sicht von Carola Reimann komme der Psychotherapie angesichts steigender psychischer Erkrankungen als essentiellem Bestandteil der ambulanten Versorgung eine zunehmende Bedeutung zu. Die Positionen des bvvp, den Wegfall der Altersgrenze nur zusammen mit der Ausschreibungsmöglichkeit halber Praxissitze zuzulassen, seien in der Politik gehört worden und sollten in der Gesetzesreform verankert werden.

Psychotherapeutische Versorgung ist ohne materielle Absicherung nicht möglich

Psychotherapie sei ein wichtiger Bestandteil der Medizin, meinte auch Volker Steitz. Auch wenn die Psychotherapie über die Rechtsprechung ein starkes Standbein zur Sicherung der Vergütung ihrer Leistungen bekommen habe, so werde es ein Honorar von 125 Euro für eine Psychotherapiesitzung mit Sicherheit nicht geben. Aber auf das Ziel müssten wir hinarbeiten.

Lothar Wittmann sieht angesichts der Erosion des kollektiven Vertragssystems in den Selektivverträgen zwischen Berufsgruppen und Krankenkassen eine zusätzliche Absicherung für die Zukunft der Psychotherapeuten. Die Psychotherapeuten sollten nicht die letzten Behandler sein, die im „Hunde-

zwinger“ der KV bleiben, in dem das Raufen der Fachgruppen um angemessene Honorare keine Verteilungsgerechtigkeit für Psychotherapeuten gebracht hat. Wirksame Qualitätssicherung sei unbedingt nötig. Man müsse davon ausgehen, dass die Ökonomie die Leitwissenschaft für alle Bereiche werde. In der Diskussion wurde klar, dass sich Psychotherapie als *Leidwissenschaft* in der Medizin nicht für den Wettbewerb im Ge-

sundheitssystem eignet, weil der Leitwert der Ökonomie vom Solidaritätsgedanken weggeht. Mehrere Teilnehmer der Veranstaltung merkten an, dass die Politik den Blick auf die Arzt-Patienten-Beziehung verloren zu haben scheine, die für die Heilung seelischer Krankheiten eine hohe Qualität besitze, und die nicht mit den quantifizierenden Kategorien von Qualitätsverbesserung im Einklang stehe.

LETZTE MELDUNG

Schlecker steigt in Versandhandel mit Apotheken ein

___ **Hier eine Meldung**, die das Thema unseres letzten Heftes nachträglich illustriert: Das Internetportal *gesundheit-adhoc* meldet, dass nach der Drogeriekette dm nun auch Schlecker in das Pick-up-Geschäft mit Arzneimitteln einsteigt. In teilnehmenden Filialen von Schlecker, Ihr Platz und droska können Vorbestellungen der Versandapotheke Vitalsana abgeholt werden. Laut Vitalsana sei die Abholung in den Filialen als zusätzlicher Service vorgesehen. Allerdings müssten die Kunden in diesem Fall ihre Bestellung aus logisti-

schen Gründen auch in der Verkaufsstelle abgeben, die diese dann postalisch an die Versandapotheke übermittelt. Den Paketen liegt ein Lieferschein bei, auf dem gekennzeichnet ist, für welche Person welche Medikamente bestimmt sind. Die Kunden müssen sich mit Ausweis und Bestellschein authentifizieren. Schlecker ist bereits im Versandgeschäft mit Medikamenten aktiv, dm hatte den Handel mit rezeptpflichtigen Arzneien nach einer Testphase bereits vor einem Jahr ausgebaut.

www.gesundheit-adhoc, 25.08.2008

IMPRESSUM

Projekt Psychotherapie, das bvvp-Magazin

Herausgeber: Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) e.V.
Schwimmbadstr. 22 · 79100 Freiburg
Tel.: 0761/79 102 45 · Fax: 0761/79 102 43
bvvp@bvvp.de · www.bvvp.de

Redaktionsleitung: Martin Klett (ViSdP)

Redaktion: Birgit Clever, Rüdiger Hagelberg, Yvo Kühn

Autoren: Uwe Bannert, Norbert Bowe, Birgit Clever, Marianne Funk, Thomas Fydrich, Rüdiger Hagelberg, Bernd Hontschik, Martin Klett, Birgit Leibold, Udo Saueressig, Peter Schallenberg, Tilo Silwedel

Verlag: Medienanker
Helmholtzstr. 2-9 · 10587 Berlin
Tel.: 030/780 811 88 · Fax: 030/780 811 86

Textchef: Britta Peperkorn
Projektleitung: Nicole Suchier
Artdirektion: Le Sprenger, Berlin

Anzeigen: anzeigen@medienanker.com
Es gilt die Anzeigenpreisliste vom 01.01.2008

ISSN: 1683-5328
Einzelverkaufspreis/Schutzgebühr 6,- Euro

Periodizität: Quartal
Copyright: Alle Rechte vorbehalten. Zitate nur mit Quellenangabe. Nachdruck nur mit Genehmigung der Redaktion. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion wieder. Bei Einsendungen von Manuskripten wird, sofern nicht anders vermerkt, das Einverständnis zur Veröffentlichung vorausgesetzt.

MARKTPLATZ

Fortbildung in klinischer Hypnose für Psychologen, Ärzte & Zahnärzte. Die neue Fortbildungsreihe beginnt am 6.12.2008 in Darmstadt. Kontakt: Dr. M. Hübner, Tel.: 06033/73667 oder www.hypnoseausbildung.de

Wegen Praxisabgabe

werden meine gemieteten Räume Okenstr. 38, 77652 Offenburg zum 01.03.2009 frei, evtl. auch früher 88 qm, in Bahnhofsnähe für psychotherapeutische Einzelpraxis gut geeignet. Dr.med. Th. Uber, Tel 0781/77997 (11.00 bis 11.45).

Projekt QM-Cert – QEP® sicher und kompetent einführen

Wir bieten einer kleinen Gruppe interessierter Kolleginnen und Kollegen zuverlässige und professionelle Unterstützung bis zur Zertifizierungsreife. Intensive Vorbereitung an 4 Seminartagen. Volker Schmid, Frankfurt, Peter Moldenhauer, Offenburg. Frankfurter Seminare zur Berufskunde, info@berufskunde.de

Praxisitzabgabe:

Karlsruhe-City, eingeführte Vollpraxis seit 25 J. an PP (VT) frühestens zum 30.09.09 abzugeben. Kontakt: 0721/30259 oder e-mail: psycho-doc@t-online.de

Ihre Kleinanzeige auf dem Marktplatz in Projekt Psychotherapie

Bis 400 Zeichen 40,- Euro. Schicken Sie Ihren Anzeigentext an: anzeigen@medienanker.com oder per Fax an: **0 30/78 08 11 86**

Chiffre-Anzeigen werden derzeit nicht angeboten

Psychologische Gutachten

Die Autoren Karl Westhoff und Marie-Luise Kluck zeigen auch für Nicht-Psychologen, wie ein psychologisches Gutachten aufgebaut und zu beurteilen ist

Von Rüdiger Hagelberg, Mitglied in der Redaktion Projekt Psychotherapie

___ **Für Nicht-Psychologen** ist die Arbeit mit diesem bis in die kleinste Verästelung detaillierten Lehrbuch über psychologische Gutachten, das die Autoren in fünfter Auflage vorlegen, genauso mühsam wie informativ. Sehr dichte Zusammenfassungen über Bereiche der Psychologie, wie Wahrnehmungspsychologie, Grundlagen der Statistik oder auch Entscheidungsforschung, werden als Voraussetzungen für das Erstellen von Gutachten vermittelt.

Das Buch ist sehr übersichtlich und bis in alle Einzelheiten gegliedert. Viele kurze Zusammenfassungen erleichtern das Textverständnis. Der oft „trockene“ Wissensstoff wird mit anschaulichen Beispielen greifbarer. Einführend werden in Teil I die Grundpo-

sitionen, Fragestellungen und Untersuchungsplan sowie standardisierte diagnostische Verfahren beschrieben. In Teil II sind Gutachtenbeispiele in ihrer Entstehung, Ausarbeitung und Beurteilung für Berufs-, Rechts- und Familienfragen dargestellt. Sie sind vermutlich besonders häufig.

Für Psychologen, die als Verfasser von Gutachten vielfach angesprochen sind, mag vieles Wiederholung sein, für Nicht-Psychologen vieles neu. Aber auch Nicht-Psychologen kommen in die Lage, Gutachten erstellen und vor allem beurteilen zu müssen. Auf die Beurteilung von Gutachten haben die Autoren daher großen Wert gelegt.

Alles in allem liegt hier ein sicherer Leitfaden für jedwede gutachterliche Tätigkeit

vor. Fehler und Fallstricke werden genauso benannt, wie Checklisten am Ende des Buches helfen, den Überblick zu behalten. Mit den Gutachten für genehmigungspflichtige Leistungen in der Psychotherapie hat es allerdings nichts zu tun. ___



Karl Westhoff,
Marie-Luise Kluck:
**Psychologische
Gutachten**
Springer Medizin
Verlag, 5. Auflage
2008, ISBN: 978-3-
540-46837-0,
Euro 44,95

Der verkaufte Patient

Mit Vehemenz protestiert Renate Hartwig gegen die Gesundheitsreform und schildert, wie Ärzte und Patienten von der Politik betrogen werden. Trotz einiger Abstriche ist die Lektüre zu empfehlen

Von Rüdiger Hagelberg, Mitglied in der Redaktion Projekt Psychotherapie

___ **Das Buch beschreibt** das „hinterhältige“ Fortschreiten der von wirtschaftlichen Machenschaften bedrohten Gesundheitspolitik und will aufdecken, dass sich gerade Medizin-fremde Kräfte des lukrativen Gesundheitswesens bemächtigen.

Die Autorin zeigt sich als engagierte und vielfach informierte Journalistin und Anwältin von Patienten/innen und „guten“ Ärzten. Danach treffen die Bestrebungen der Wirtschaft bei der „Infiltration“ des Gesundheitswesens auf Medizin-interne Missstände, die die Medizin gewissermaßen „reif“ gemacht haben, nunmehr wesensfremd okkupiert zu werden. Die ärztlichen

Selbstverwaltungsorgane oder das Krankenkassenwesen werden genauso in die Mangel genommen wie das Abrechnungssystem. Leider verschweigt die Autorin manch frühere verbandsärztliche Mitwirkung an dem, was heute beklagt wird, zum Beispiel bei der Einführung der Grundpauschalen.

Die Kompliziertheit der gesamten Materie mag zur Vereinfachung zwingen, sie wird hier allerdings bisweilen zur Schwarz-Weiß-Malerei. Viel von dem ist angesprochen, was wir doch „schon immer geahnt haben“, leider aber nichts über die besondere Lage der Psychotherapie. Insgesamt

gerät das Buch – oft in einer störenden höhnisch-burschikosen Diktion – da zu einem „Rundumschlag“, wo Wissen und Meinung polemisch verknüpft werden. Vieles stimmt, aber vieles so auch sicher nicht. Der Leser hat bald das Gefühl, dass das Gesundheitswesen verschwörerischen Strebungen zum Fraß vorgeworfen wird und das scheint denn doch zu einfach zu sein.

Wer das Buch mit einiger kritischen Distanz liest, dem ist dennoch eine spannende und aufrüttelnde Lektüre garantiert.



Renate Hartwig:
**Der verkaufte Pa-
tient**, Wie Ärzte und
Patienten von der
Gesundheitspolitik
betrogen werden.
Pattloch Verlag
GmbH & Co KG,
München 2008,
Euro 16,95

GEGENDARSTELLUNG

Zu dem Artikel »Unterstützung für Mindestquote«, Heft Nr. 03/2008, Seite 32, von Alfred Krieger

___ **Herr Alfred Krieger**, Delegierter der hessischen Psychotherapeutenkammer, berichtet in Heft Nr. 03/2008 der Projekt Psychotherapie unter der Überschrift „Unterstützung für Mindestquote“ von der Delegiertenversammlung am 17. Mai 2008.

Der Artikel enthält unrichtige Behauptungen, die wir wie folgt richtig stellen:

Herr Krieger schreibt, es gäbe eine bisherige Kammerlinie, wie sie von der Bundespsychotherapeutenkammer definiert werde. Hier gelte das Motto: „Wo Arzt war, soll PP/KJP werden.“

Hierzu stellen wir fest: Diese Tatsachenbehauptung ist falsch. Herr Krieger verfügt seit dem 6. Juni über die Schreiben, die seitens der Psychotherapeutenkammer Hessen zu dem Thema versandt wurden und einen Bezug zur Mindestquote für Ärzte haben. Darin wird aus Versorgungsgründen

das gesetzlich vorgesehene Auslaufen der Mindestquote befürwortet. Gleichzeitig wird eine Förderung der von Ärzten ausgeübten Psychotherapie erbeten. In einem Schreiben vom 10. März 2008 an die hessische Sozialministerin heißt es z. B.:

„Hinweisen möchte ich aber zugleich darauf, dass es außerordentlich wünschenswert ist, die Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit psychotherapeutischer Qualifikation zu erhöhen. Ärztliche Kolleginnen und Kollegen haben in der Vergangenheit einen gewichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Psychotherapie geleistet und sind aus Sicht unserer Kammer auch zukünftig unverzichtbare Partner mit einem eigenständigen Zugang und Beitrag in der gemeinsamen psychotherapeutischen Profession.“

Ich bitte Sie deshalb, zusammen mit allen Verantwortlichen zu prüfen, wie die Weiterbildung in den psychotherapeutischen

Weiterbildungsgängen und die anschließende Berufstätigkeit der entsprechenden Fachärzte attraktiver gestaltet werden können, um den ärztlichen Beitrag im gemeinsamen Fach Psychotherapie wieder zu erhöhen. Eine solche Initiative ist aus unserer Sicht dringend geboten, weil sonst mit einem Aussterben des ärztlichen Beitrages zur Psychotherapie gerechnet werden muss.“

Herr Krieger erweckt den Eindruck, er hätte neben dem Antrag zur ärztlichen Mindestquote zeitgleich einen getrennten Antrag für eine 20-prozentige Mindestversorgungsquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gestellt und begründet.

Hierzu stellen wir fest: Dies ist falsch. Den Antrag zur Mindestversorgungsquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie brachte er erst ein, nachdem ihn der Delegierte Dr. Müller während der Aussprache über den Antrag zur ärztlichen Mindestquote wegen des Verschweigens dieses Anliegens der Profession angegriffen hatte. ___

Jürgen Hardt, Präsident der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeuten Hessen

Erwiderung auf die Gegendarstellung von Herrn Hardt zu meinem Artikel in Projekt Psychotherapie 03/08

Von *Alfred Krieger*, kooptiertes Vorstandsmitglied im vhpv

___ **Herr Hardts Gegendarstellung** bestätigt meine Kritik bezüglich der Haltung zur Ärztequote: Der Vorstand der hessischen Landeskammer hat „aus Versorgungsgründen das gesetzlich vorgesehene Auslaufen der Mindestquote befürwortet“. Genau dagegen richtete sich mein Antrag in der hessischen Delegiertenversammlung. Dass sich der Kammervorstand für die Erhöhung der Zahl der Ärzte mit psychotherapeutischer Qualifikation ausspricht, ist ja lobenswert. Dies gilt auch für die Bitte, entsprechende Weiterbildungsgänge attraktiver zu gestalten. Aber diese Forderungen erscheinen halbherzig, wenn man sich gleichzeitig für den ersatzlosen Wegfall einer Quote für ärztliche Psychotherapeuten ausspricht und

somit deren Zugang zur Niederlassung erschwert. So wird das befürchtete „Aussterben des ärztlichen Beitrages zur Psychotherapie“ eher gefördert.

Nebenbei: Ist denn psychotherapeutische Tätigkeit für Ärzte wirklich so unattraktiv? Aus den von der KBV veröffentlichten Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2007 lässt sich diese Aussage nicht ableiten. Die Zunahme der ärztlichen Psychotherapeuten von 2002 auf 2006 beträgt 31 Prozent. Beim Vergleich der Entwicklung einzelner Arztgruppen führen die ärztlichen Psychotherapeuten 2006 gegenüber 2005 das Feld mit +10,7 Prozent deutlich vor den zweitplatzierten Radiologen mit +2,8 Prozent an.

Und noch eine Anmerkung zu Herrn Hardts Gegendarstellung: Wie sähe es denn in Hessen mit der Verbesserung der Versorgung mit Psychotherapie nach dem Wegfall der Mindestquote für Ärzte aus? Wie viele Sitze würden denn für PP/KJP frei werden? Keine, da die bestehende Überversorgung (nach geltenden Kriterien der Bedarfsplanung, nicht nach unseren!) dazu führen würde, dass die 25 freien Arztsitze für ÄPs ersatzlos wegfielen. Wem soll das nützen?

Leider hat sich der hessische Kammervorstand mittlerweile einstimmig entschieden, das mehrheitliche Votum der DV für eine 20-Prozent-Ärztequote nicht an die BPtK weiterzugeben und sich auf die Befürwortung der KJP-Quote zu beschränken. ___

Schwarze Schafe bleiben daheim

Psychotherapeuten kennen sich mit ungeliebten Kindern schon rein dienstlich sehr gut aus. In der großen KV-Familie haben sie diesen Status selbst

Von Rüdiger Hagelberg, Mitglied in der Redaktion Projekt Psychotherapie

___ **Ungeliebte Kinder sind**, so traurig es ist, ein durchaus geläufiges Familienphänomen, das entsprechend in der Literatur, der Geschichte und sogar in der Bibel, vor allem aber in der Realität seinen Niederschlag findet. Während der verlorene Sohn in der biblischen Geschichte wenigstens noch zu seiner Familie zurückfand, musste der ungeliebte Don Carlos nach Schiller schon mit 20 sein Leben auf Geheiß des lieblosen Vaters aushauchen, obwohl er noch nichts für die Ewigkeit getan hatte. Anders der preußische König Friedrich der Zweite, dem es in erstaunlicher Weise gelang, die Geschichte seiner Zeit trotz bitter erlebter Lieblosigkeit des Vaters zu prägen. So war es eben damals. Ein neueres, sehr optimistisches Beispiel für das Schicksal von ungeliebten Kindern wird in der unvergleichlichen Weihnachtsgeschichte von den Herdmanns erzählt, jener Ausgeburt einer böartigen und entsprechend feindselig beobachteten Geschwisterschar, die sich unter weihnachtlichem Flair zu sanftmütigen und engagierten Weihnachtsskrippenspiel-Darstellern wandelt und erleichtert wieder in die Gemeinschaft des Ortes aufgenommen wird. Manchen ungeliebten Kindern der heutigen Zeit wünschte man eine derartige Wandlung, aber auch eine derartige inspirierende Unterstützung.

Eine besonders schmerzliche Ungerechtigkeit für ungeliebte Kinder liegt darin, dass manche Eltern Unterschiede machen. Die einen Kinder werden verhätschelt und geliebt, die anderen müssen abwaschen und sauber machen. Da sei an Aschenputtel erinnert.

Manche Mutter wiederum liebt alle ihre Kinder und der dazu gehörige Vater alle seine Kinder nicht – oder umgekehrt. Nicht je-

der arme Köhler mag sich dann trotz seiner Kinderliebe so unbedarft anstellen wie der Vater von Hänsel und Gretel. Alles in allem, die Entwicklung von ungeliebten Kindern geht oft seltsame Wege, und glückliche Wendungen sind nicht ausgeschlossen.

Der Exodus der Geschwister

Wir Psychotherapeuten kennen uns, das liegt nahe, mit den Problemen ungeliebter Kinder schon rein dienstlich recht gut aus. Zusätzlich spricht aber manches dafür, dass wir in der großen „KV-Familie“ den Status der ungeliebten Kinder selbst haben. Wir sind ja nicht wenige, eine große Zahl von uns ist adoptiert, und selten sind wir satt und zufrieden. Wir klagen und murren. Aber auch das Murren der Geschwister klingt uns in den Ohren, wenn sie uns mal wieder ein wenig von sich abgeben müssen. Es mag viele Gründe dafür geben, dass man uns gern übersieht, zum Beispiel regelmäßig in allen Arzt-Verdienst-Tabellen weglässt, oder in Frage stellt, wie zum wiederholten Male im Sommer in der Ärztezeitung. Irgendwie überrascht heißt es oft: „Ach, Ihr seid ja auch noch da!“, wenn wir uns bemerkbar machen.

Nun geschieht aber seit einiger Zeit Erstaunliches: Wir beobachten, wie die Tendenz unserer Geschwister wächst, die KV-Familie zu verlassen – und zwar mit viel Geschrei und Dramatik. Es wurde von Aufstand getönt, von Aufrüsten war die Rede, als wenn es in den Krieg und nicht nur in die Fremde ginge, und unsere „KV-Eltern“ fühlten sich gar wie Attentatsopfer. Viele Zeitungen begleiten das Geschehen wortreich mit mehr oder weniger hämischen Kommentaren, und

niemand weiß bisher so recht, wohin das alles noch führen wird.

Unser psychotherapeutisches Dauer-Räsonnement jedenfalls geht längst hinter der neuen Streitkulisse dieses Jahres unter. Ist diese nun übertrieben oder angemessen, fragen wir uns und stellen erste Überlegungen zur Verhaltensanalyse oder Psychodynamik bei unseren Geschwistern an. Selbst dynamisch werden wir indes nicht, wir bleiben zu Hause. Ungeliebte Kinder trennen sich am schwersten und oft wissen sie auch nicht so genau, wohin sie sich wenden sollen. (Schon stellt man sich Montagsdemonstrationen vor, auf denen Tausende von Psychotherapeuten skandieren: „Wir bleiben hier!“)

Setzte der Exodus der Geschwister wirklich ein, könnte es bei uns bald so aussehen: Die „KV-Eltern“ sind von all ihren geliebten Kindern verlassen worden. Ein Drama. Gerade wollen sie das Licht ausmachen, da entdecken sie – schneifnasig und hungrig in einer dunklen Ecke zusammenstehend – uns. Da würde dann nicht mehr kommen: „Ach, Ihr seid ja auch noch da!“, sondern „Ach wie schön, Ihr seid ja auch noch da!“ Das hatten wir uns doch immer gewünscht.

Wie es dann weitergehen würde, ist unklar. Vielleicht werden wir gemeinsam, das können wir ja, die Vergangenheit aufarbeiten. Doch vermutlich ist es erst mal wichtiger, sich um die Haushaltskasse zu kümmern. Viel wird nicht mehr drin sein, aber bis zum Monatsende sollte es erstmal reichen. Wie es dann noch weitergeht, ist noch unklarer. Auch an den Horizonten von Visionen kommen irgendwo Himmel und Erden zusammen und versperren den weiteren Blick. —

Psychiatrie-Hotline

Bei Schizophrenie, Depression oder hysterischen Anfällen steht die Notfallzentrale auf Knopfdruck bereit. Risiken und Nebenwirkungen sind im Normaltarif inklusive

Von Udo Saueressig

___ **Hallo**, hier ist Ihre Psychiatrie-Hotline Ihrer Deutschen-Kranken-Angestellten-Versicherung, Guten Tag! Legen Sie nicht auf, hören Sie genau zu, hier wird Ihnen geholfen!

Sollten Sie schizophr sein, warten Sie vielleicht eine Minute oder so und verschiedene Stimmen werden Ihnen früher oder später zusätzliche Telefonnummern zuflüstern oder zuschreien, wie auch immer, rufen Sie dann die richtige an oder doch nicht?

Geht es um Depression, drücken Sie die Null, denn das passt gut. Hätten Sie Loser besser gar nicht angerufen, wer will mit so jemand reden? Falls Sie eine Zwangsneurose haben, drücken Sie die 1 und zwar unbe-

dingt mehrfach, achten Sie darauf nichts zu versäumen.

Sind Sie narzisstisch? Drücken Sie auch die 1, aber nur einmal, denn Sie sind die Nr. 1! Sie sind großartig! Toll, wie Sie die Hotline anwählen! Wir beglückwünschen Sie zutiefst und werden Ihnen automatisiert ein Dankeschreiben, welche Ihre Vorzüge verklärt, postalisch übermitteln.

Liegt eine multiple Persönlichkeit vor, drücken Sie die 2, 3, 4, 5 und 6 gleichzeitig und lassen Sie jeden Teil zu Wort kommen. Hysterische Anfälle, Taste 7, können aufgrund der begrenzten technischen Belastungsfähigkeit des Telefonsystems nur bis 3,5 Kilohertz und bis 115 Dezibel entgegengenommen werden.

Verfolgungswahn: Es ist bereits zu spät, Sie sind genau erfasst, die Gegenmaßnahmen laufen, eine Eingreiftruppe ist zu Ihnen unterwegs.

Phobie: Auflegen, keinesfalls irgendeine Taste berühren, etwas ganz Schreckliches könnte dadurch ausgelöst werden, zum Beispiel Ihr Herzstillstand!

Falls jetzt noch Probleme vorhanden sein sollten, fragen Sie bitte Ihren Arzt oder Apotheker! Vielen Dank für Ihr Vertrauen in unsere Psychiatrie-Hotline und Ihren Anruf, wir sind täglich 24 Stunden für Sie bereit, auch nachts.

Ihre kranke Versicherung



Entspannt Autofahren

Karl Müller

Autofahren ohne Angst

Das Erfolgsprogramm für entspanntes Autofahren

2008. 211 S., Kt € 19.95 / CHF 33.90
ISBN 978-3-456-84646-0

Mehrere Millionen Menschen in Deutschland leiden unter Ängsten und Panikattacken beim Autofahren. «Autofahren ohne Angst» ist der erste fundierte Ratgeber zu diesem Thema.

Erhältlich im Buchhandel oder über
www.verlag-hanshuber.com

HUBER



Skiurlaub 2009

Im Januar findet die bvvp-Skifreizeit am Golm in Montafon statt

Von Brigitte Leibold und Regine Trostel

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

einige von Ihnen und Euch haben sich letzten Winter für unsere Skifreizeit am Golm im Montafon vom 2. Januar bis 7. Januar 2009 angemeldet, andere werden es sicher gleich tun! Zusätzlich haben wir eine Reservierung für ein Wochenende auf dem Berghof Golm vom 27. Februar – 1. März 2009, auch hierfür könnt Ihr Euch/können Sie sich nun anmelden.

In den letzten Jahren organisierte Josef Hohmann, unterstützt von Regine Trostel, diese wunderbaren gemeinsamen Skitage und trug mit seinem Engagement und seiner liebevollen und positiven Art wesentlich dazu bei, dass die Skifreizeiten eine gemeinsame Zeit des Wohlfühlens und Auftankens sein konnten. Sein plötzlicher Tod in diesem Frühjahr schockte alle, die ihn kennen. Wir (Regine Trostel und Birgit Leibold) entschieden uns nun, das gemeinsame Skifahren fortzuführen und haben als neues Team die Organisation übernommen.

Wir brauchen Namen und Adressen, Telefon, e-mail, Fax und Geburtsjahr aller Teilnehmer/-innen, auch der Kinder. Bitte erleichtert uns die Arbeit, indem Ihr das noch mal angebt, auch wenn wir Euch eigentlich schon kennen, denn die Listen müssen alle elektronisch neu erstellt werden.

Nun das Haus, Berghof Golm:

Der Berghof Golm liegt hoch über Schruns-Tschagguns im Montafon in circa 1900 m Höhe. Er ist bequem mit der Bergbahn erreichbar und liegt inmitten einer herrlichen Hochgebirgslandschaft mit freiem Blick zu vielen Alpengipfeln. Das Skigebiet ist hervorragend erschlossen und gepflegt. Wir sind in 6-8-10-Bett-Räumen mit 2er Stockbetten untergebracht. Die sanitären Einrichtungen sind gut und sauber. Ein Gemeinschaftsraum steht zur Verfügung. Dadurch können wir uns die Abende gestalten. Es werden fünf Abende sein, an denen wir etwa zwei Stunden lang gemeinsam etwas machen könnten, zum Beispiel Lieder singen, miteinander spielen (Würfelspiele, Gruppenspiele etc.). Lasst Euch was einfallen. www.berghof-golm.at

Zimmer:

Preise: Erwachsene 38,00 Euro; Jugend (12-16 Jahre) 27,00 Euro; Kinder (bis 12 Jahre) 19,00 Euro
(diese Preise sind Näherungswerte, stammen aus 2008, können also etwas höher liegen)

Skipässe:

Wir nehmen verbilligte Gruppen-5-Tage-Skipässe ab 125,00 Euro, mit denen wir schon am Ankunftstag ab 15 Uhr zum Berghaus hochfahren können. Die letzte Bahn fährt um 16 Uhr.

Skipass-Preise:

Erwachsene: 147,20 Euro; Senioren 129,17 Euro; Junioren 125,00 Euro; Kinder 91,00 Euro. Als Kinder gelten Jg. 91-2000, als Junioren Jg. 88-90, als Senioren Jg < 47 Frau und < 42 Mann. Voraussetzung für die Gruppenermäßigung ist, dass wir eine Teilnehmerliste abgeben, in der für jeden das Geburtsjahr verzeichnet ist. Auch diese Preise sind Näherungswerte.

Treffpunkt:

Am 2. Januar 2009 bzw. 27. Februar 2009 spätestens um 14.00 Uhr an der Bergbahn in Latschau, die letzte Bahn fährt um 16.00 Uhr

Anfahrt:

Nach Schruns/Tschagguns fahrt Ihr am besten durch den Pfänder-tunnel auf der mautpflichtigen Autobahn bis zur Abfahrt Montafon bei Bludenz. Dort fahrt Ihr das Montafon hinter, an Vandans vorbei, bis Tschagguns. Bitte lasst es nicht auf die letzte Minute ankommen. Die Strasse nach Latschau ist gut, nicht übersteil und gepflegt. Wenn es extrem schneit, kann es aber schwierig werden oder langsam gehen. Schneeketten sind in der Regel nicht erforderlich, aber im Kofferraum nicht schädlich. Durch Tschagguns (bei Schruns) den Berg hochfahren, bis zum Unterwasser (Stausee) des Lünereewerks, dort vorne am Kraftwerk parken und zur Kasse der Bergbahn gehen (200 Meter). Bitte nicht in Vandans an die Golmerbahn fahren, sondern weiter nach Tschagguns und Latschau! Fahrzeit von Lindau bis Latschau bei fließendem Verkehr circa zwei Stunden. Bergbahnfahrt (Gondel) bis zur Bergstation (ganz hoch), dann circa 70 Meter zu Fuß bis zum Berghaus Golm laufen. Gepäck und Ski müssen in der Gondel mitgenommen werden. Die letzte Bahn fährt um 16.00 Uhr, Höhenunterschied circa 1000 Meter.

Anmeldung:

Bitte möglichst bis 15. November 2008 anmelden bei: birgit.leibold@gmx.de
Für Rückfragen ist Birgit erreichbar unter Telefon 07777 939430

Euch und Ihnen allen einen schönen Herbst, viele Träume von einem herrlichen Ski-Winter, und bis bald!

Birgit Leibold und Regine Trostel

Regine Trostel_Herrenbergerstr. 11_72070 Tübingen
Telefon: 07071 49170_Fax: 49192
Birgit Leibold_Stockacherhof 1_88637 Buchheim
Telefon: 07777 939430

NOVEMBER 2008

31. Oktober – 01. November

Hoffnung einflößen

Tagung zum 65. Geburtstag

Dr. Christoph Seidler

Anmeldung und weitere Informationen

unter www.dagg.de

Ort: Kongresszentrum Deutsche Bahn AG, Caroline-Michaelis-Str. 5 – 11, Berlin

07. – 09. November

Fachtagung

Interne Fachtagung und Mitgliederver-

sammlung Sektion Gruppendynamik

(GD) DGGO. Weitere Informationen

unter www.dggo.de

Ort: Posthotel in Würzburg

08. November, 10.00-16.00

Internetgestütztes Qualitätsmanagement in der Psychotherapeutischen Praxis mit q@bvvp

Veranstaltung zum Qualitätsmanagement

des bvvp-Hamburg mit Dr. med. Uwe

Bannert. Weitere Informationen beim

bvvp-Hamburg c/o Dipl.-Psych. Beate

Glüsing, Tel.: 040/726 92 778, bvvp-Hamburg@bvvp.de

Ort: KV Hamburg, Humboldtstraße 56, 22085 Hamburg, Hugo-Niemeyer-Saal

08. November, 14.00-18.00

Kinderkrebs um Atomkraftwerke

Veranstaltung der IPPNW und des

BUND Hessen, mit Prof. Dr. med. E Greiner

(Mitglied des Expertengremiums der

KiKK-Studie) Prof. Dr. med. E. Lengfelder

(Strahlenmediziner) Dr. Körblein

(Mitglied des Expertengremiums der

KiKK-Studie) Dr. med. R. Thiel (IPPNW)

Dr. med. A. Claußen (Vorsitzende der

IPPNW). Weitere Informationen unter

www.ippnw.de

Ort: Ort: Karolinenplatz 3 in Darmstadt

14. – 15. November

Navigationshilfe in der Grauzone – Beratung und Coaching mit Psychodrama

Fachtagung Sektion Psychodrama und

des DFP. Weitere Informationen in der

Geschäftsstelle Sektion PD / DFP, Alte

Heerstraße 15 B, 38644 Goslar, Tel.:

05321-319325, eMail: info@psychodrama-deutschland.de

Ort: Andreas-Hermes-Akademie in Bonn

29. November

Studententag „Gruppe“

Einführung in die Gruppenmethoden des

DAGG für Studierende und andere Inter-

essentInnen. Weitere Informationen un-

ter www.dagg.de

Ort: Ludwig-Maximilians-Universität München, Sozialpsychologisches Institut

FEBRUAR 2009

06. – 08. Februar

Gruppe im Laufe des Lebens –

Zugehörigkeit und Identität im

Lebenszyklus

Tagung Sektion Gruppenmethoden in

Klinik und Praxis. Infos bei Stefan

Zillner, Tel.. 0941-5 998 135.

Ort: Regensburg

APRIL 2009

03. April, 15.00-21.00, 04. April, 9.00-17.00

QEP-Basisseminare

für Psychotherapeuten

Veranstaltung zum Qualitätsmanagement

des bvvp mit Peter Baumgartner und

Martin Klett. Weitere Informationen

unter www.bvvp.de/vvps, vvps@bvvp.de

Ort: Haus der Ärzte, Sundgaullee 27 in Freiburg

MAI 2009

01. – 03. Mai

Gruppenvision und Partikularinteressen:

Spannungsfeld DAGG

Intersektionelle Tagung des DAGG.

Weitere Informationen unter www.dagg.de

Ort: Universitätsclub Bonn

28. – 31. Mai

Bridging Identities.

Clinical Impact of Groups

Die 4. EFPP-Group Section Konferenz.

Weitere Informationen unter

www.efpp2009.cz

Ort: Prag

JUNI 2009

08. – 12. Juni

Interkulturelle Kompetenz in Gruppen –

Emigration, Familie und Kultur

Internationale Sommerakademie der

IAGP. Weitere Informationen bei Dr. Jörg

Burmeister, bulmonte21@bluewin.ch,

www.granada-academy.org

Ort: Granada, Spanien

AUGUST 2009

24. – 29. August

Groups in a Time of Conflict

17. Internationaler Kongress der Interna-

tional Association for Group Psychothe-

rapy (IAGP) mit Vorkongress vom

24. – 25. August. Weitere Informationen:

2009congress@iagp.com,

www.iagpcongress.org

Ort: Rom, Ergife Palace Hotel

AUSBLICK

Projekt Psychotherapie 01/09

Dieses Heft hat die Auseinandersetzung mit dem Wert der Psychotherapie zum Inhalt. Eine bedeutende Aufwertung erfuhr die Psychotherapie zweifellos mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes zum 1. Januar 1999. Die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurden damit als eigenständige Heilberufe definiert.

Die formale Gleichstellung mit den anderen Heilberufen wurde unter anderem durch die Integration in die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie durch die Gründung der Landespsychotherapeutenkammern erreicht. Die Umsetzung der Integration der neuen Heilberufe in den Gremien der KV hingegen gestaltete sich zunächst ebenso schwierig wie die angemessene Honorierung unserer Leistungen, ist aber inzwischen – auch durch den Einsatz des bvvp als gemischtem Verband mit Angehörigen aus den unterschiedlichen Grundberufen – weiter fortgeschritten, wenn auch noch längst nicht abgeschlossen.

Was hat sich für die psychotherapeutische Versorgung in den letzten zehn Jahren seit Bestehen des Psychotherapeutengesetzes verändert? Für die Patienten? Für die Behandler? Für die Kooperation und Integration der Behandlergruppen? Für die Krankenkassen? Welche weiteren Entwicklungen sind zu erwarten, aber vielleicht auch zu befürchten? Welcher Änderungsbedarf besteht am Psychotherapeutengesetz?

Mit diesen Fragen soll sich das nächste Projekt Psychotherapie mit dem Titel „10 Jahre Psychotherapeutengesetz“ auseinandersetzen.

VORSICHT MITGIFT!

Lebensmittel: Was wir alles an Zusatzstoffen schlucken müssen

DIE MIESE BILANZ DER AUTO-INDUSTRIE; ENERGIE DURCH TANZEN;
DAS GRÖSSTE KLASSENZIMMER DER WELT; MINENFLUSS IM NATIONALPARK.

Die neue Ausgabe jetzt am Bahnhofskiosk
www.greenpeace-magazin.de
oder einfach anrufen 040/808 12 80-80.
Auch im günstigen Abo mit exklusiven Prämien.



mit Gewinnspiel

greenpeace
magazin.

