

bvvp *magazin*

*Zeitschrift für die Mitglieder
der Regionalverbände im
Bundesverband der
Vertragspsychotherapeuten
(bvvp) e.V.*

Integration

Sieben Jahre Psychotherapeutengesetz

- *Reformbedarf der GOÄ/GOP*
- *Was wurde eigentlich aus ...*
- *Verschiedene Blickwinkel – ÄP und PP zur Integration*
- *Interviews mit Prof. Dr. Rainer Richter und
Wolfgang van den Bergh*

*5. Jahrgang
Ausgabe 2/2006*





Praxis

Verkauf

Praxisabgabe Nachfolger/in gesucht für KV-Sitz in Memmingen/Unterallgäu für Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten frei ab 1.1.07 www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-02/06-113

Praxisabgabe Nachfolger/in gesucht für KV-Sitz Psychotherapeutische Medizin in 79540,Lörrach-Stetten ab 1.10./1.11.06 Tel/Fax 07621/48091 e-mail: hildegard_schuster@freenet.de

Räume

Angebote

Hechingen, Zollernalbkreis: Schöner Praxisraum in psychotherapeutischer Praxisgemeinschaft zu vermieten. www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-02/06-118

Reise

Ferienhaus im Valle Cannobina zu vermieten Südostlage mit Talblick am Waldrand in 700m Höhe. 4 ZKB mit 2 gedeckten Laubengängen, Terrasse und Garten für 5-7 Personen in einem Weiler bei Falmenta (12 km von Cannobio am Lago Maggiore in Nord-Italien) wochenweise ab 200 EUR plus NK (Strom + Telefon) zu vermieten. Das Haus ist nur zu Fuß (ca. 20 min. vom öffentlichen Parkplatz) zu erreichen. Noch freie Wochen außer im August 2006. Infos mit Bildern unter casa.falmenta@frbg.de

Toscana Schöne Landhäuser, kleine Villen und Wohnungen – Häuser für Gruppen! auch mit Halbpension – Tel. 0711-385656 www.casa-toscana-vermittlung.de

Verschiedenes

Weiterbildung in Integrativer Gestalttherapie Neue Ausbildungsgruppen in München, Würzburg/Nürnberg, Freiburg, Zürich und Wien. www.igw-gestalttherapie.de, Fon 0931/354550 oder info@igw-gestalttherapie.de

Kochenstein: Ratgeber Sexualität 4. überarb. Aufl. Sexuelle Störungen beheben – Leidenschaft neu entdecken – Sexualität lustvoller erleben – Ein Buch für den Praktiker ebenso wie für den hilfesuchenden Patienten. Klinkhardt Verlag 2006. Faxbestellung unter: 08046-9306 oder in Ihrer Fachbuchhandlung Euro 17,90, näheres unter www.kochenstein.de



KLEINANZEIGEN BUCHEN

Kleinanzeigen bequem buchen mit unserem Online-Anzeigensystem!

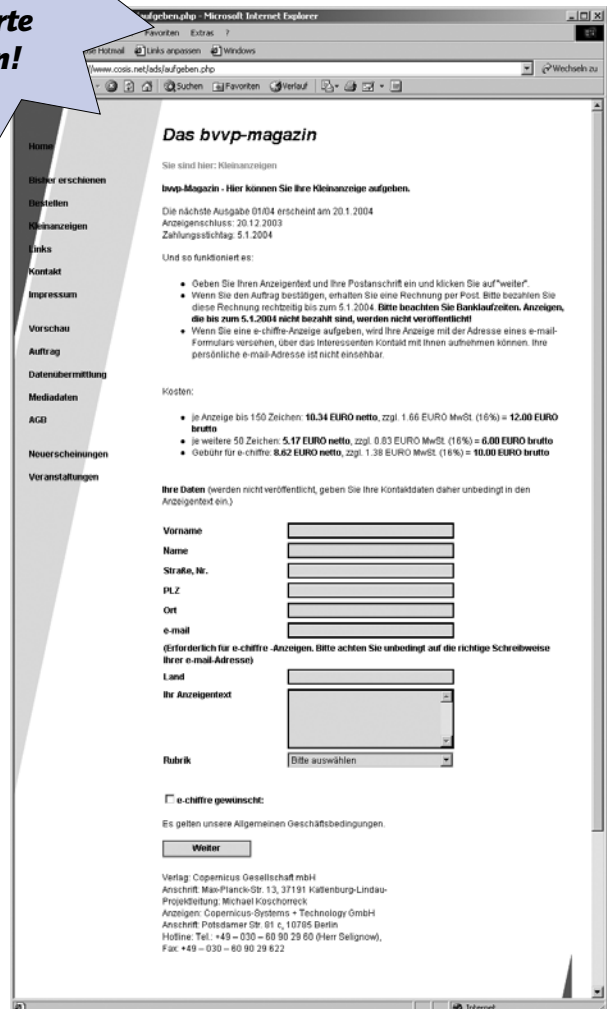
- schnelle Eingangsbestätigung
- kinderleicht zu bedienen
- faire Preise
- rund um die Uhr für Sie da
- superschnelle Chiffre
- Bezahlung per Kreditkarte mit verschlüsseltem Datentransfer
- nur 12 € pro Anzeige bis 150 Zeichen
- je weitere 50 Zeichen 6 €
- echiffre: 10 €
- und Porto gespart

Preise

Einfach buchen im WWW: www.bvvp-magazin.de

Chiffre aufgeben: Unser neues echiffre-System bietet Ihnen superschnelle Antworten: Einfach Ihre E-Mail-Adresse angeben, die Antworten werden an Ihre E-Mail gesandt – natürlich ohne dass der/die Antwortende von Ihrer Identität oder E-Mailadresse erfährt.

Chiffre beantworten: Gehen Sie auf www.cosis.net/ads und wählen Sie «echiffre-Anzeige beantworten» und geben Sie die echiffre-Nummer der Anzeige ein, auf die Sie antworten wollen. Die Anzeige wird Ihnen angezeigt, Sie geben Ihren Antworttext ein, sofort geht eine E-Mail an den Auftraggeber der Anzeige. Kein Chiffre-System ist schneller.



VORWORT

Vorwort 4

BUNDESVORSTAND

Reformbedarf der GOÄ/GOP 5
 Versorgungsengpässe in der Psychotherapie 5
 Was wurde eigentlich aus... 8
 ICD-10-GM: Wozu? (Teil 2) 9
 Die Psychotherapierichtlinien werden geändert 13

REGIONALVERBÄNDE

Reisebericht 14
 Der BVVP-Bayern feiert 10-jähriges Jubiläum 14

LESERBRIEFE

Redaktionelle Fehlleistung 15
 Unselige Grenze zwischen „seriös“ und „alternativ“ aufheben 16

SCHWERPUNKT

INTEGRATION – 7 JAHRE PTG

Integration – die Meinung von somatischen ÄrztInnen 17
 Verschiedene Blickwinkel 19
 Wie sich die Bilder gleichen... 21
 Aufstieg und Krise des Siedlungsprojekts „Integration“ 23

INTERVIEW

Das Integrationsmodell ist alternativlos 25
 Der Integrationsprozess ist unumkehrbar 26
 Prof. Hoppe: Integration der Psychotherapeuten kein Thema 27

GUT

Auch das ist Integration 28

ÄRGERNIS

„... Herr X hat sich zu fügen.“ 29

DIENSTLEISTUNGEN

Krankentagegeldversicherung 30

SERVICE

Neuerscheinungen 31
 Veranstaltungen 32

IMPRESSUM

Impressum 16

VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Bundesregierung hat in ihrer Kabinettsklausur im Januar diesen Jahres den Fahrplan für eine Gesundheitsreform 2007 festgelegt. Die Große Koalition will „im ersten Quartal 2006 die Verfahren beschließen, um die dringend erforderlichen Reformen der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung im Jahr 2006 zu konzipieren und zu beschließen“. Trotzdem sind die Differenzen zwischen den Parteien in Bezug auf die Umgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin groß.

Zur Sanierung der Staatsfinanzen hat man sich auf ein Haushaltsbegleitgesetz für den Etat 2006 verständigt. Wie schon im Koalitionsvertrag festgehalten, ist darin auch der vorgesehene Abbau des Bundeszuschusses für die GKV enthalten. Dieser soll von 4,2 Milliarden Euro in 2006 auf 1,5 Milliarden Euro in 2007 sinken und 2008 ganz auslaufen.

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) will bis Ende März ihr Konzept vorlegen. Jeder Bürger soll Zugang zu allen notwendigen medizinischen Leistungen auf der Höhe des medizinischen Fortschritts erhalten und sich an der Finanzierung des Gesamtsystems angemessen beteiligen. Gedacht ist damit an eine Angleichung von PKV und GKV mit einer Absenkung des Steigerungssatzes in der PKV auf den 1,7-fachen Satz und Behandlungspflicht zu diesem Standardsatz. Der Beitrag zum Reformbedarf von GOÄ und GOP auf den Seiten des Bundesvorstands bezieht deshalb auch die Festlegung einer angemessenen Honorarhöhe für psychotherapeutische Leistungen bei einem 1,7-fachen Steigerungssatz mit ein. Die Ministerin will die Reform der Ärztehonorare von einem unabhängigen Institut umsetzen lassen. Ärzte, die sich besonders qualifizieren, sollen mehr verdienen als andere.

Sehr rasch soll auch das Vertragsarztrecht liberalisiert werden. Damit soll dem Ärztemangel in ländlichen Regionen entgegengewirkt werden. Sollten die von Ulla Schmidt bereits vorgelegten Eckpunkte trotz des Koalitionsstreits Gesetz werden, würden sich den Ärzten ganz neue Möglichkeiten in der Praxis und in der Klinik Teilzeit oder Vollzeit zu arbeiten eröffnen. Die Anreize in unterversorgten Gebieten zu praktizieren, sollen damit erhöht werden – die Altersgrenzen sollen in unterversorgten Gebieten weitgehend fallen. Ärzte sollen dort länger als bis zum 68. Lebensjahr praktizieren und zum Zeitpunkt der Niederlassung älter als 55 Jahre sein dürfen. Die KVen drohen den Sicherstellungsauftrag regional an die Krankenkassen zu verlieren, wenn sie dort die Unterversorgung nicht in den Griff bekommen. Die Kassen sollen das Recht erhalten, bei Unterversorgung mit Ärzten Einzelverträge und damit die Lücken schließen zu können. Die Zusatzkosten dafür trägt die KV, bzw. die anderen Ärzte durch Verringerung der Gesamtvergütung. Die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) würden eine stärkere Konkurrenz für Niedergelassene – die Gründung und das Betreiben von MVZ soll deutlich vereinfacht



Birgit Clever

werden, die Zentren müssten nicht mehr fachübergreifend konstruiert sein. Sie sollen auch von Ärzten gegründet werden können, die angestellt arbeiten oder aufgrund ihres Alters eigentlich nicht mehr praktizieren dürfen. Ein Arzt soll parallel im Krankenhaus und im MVZ angestellt arbeiten dürfen. Ein MVZ soll als juristische Person anstelle seiner angestellten Ärzte Mitglied der KV werden.

Die für 1. Januar 2007 geplante Umstellung der ärztlichen Vergütung auf feste Punktwerte innerhalb fester Grenzen (morbidity-bezogene Regelleistungsvolumina, Morbi-RLV) wird um „mindestens ein Jahr nach hinten verschoben“. Die Morbidität der Versicherten, nach der die Regelleistungsvolumina berechnet werden, sollen nicht – wie geplant – anhand von Diagnosen gemessen, sondern anhand von Alter und Geschlecht der Patienten bestimmt werden, weil diese Daten wesentlich einfacher zu ermitteln sind und sie vom abrechnenden Arzt nicht beeinflusst werden können. Die Hausärzte sollen einen festen Vergütungsanteil bei der Honorarverteilung erhalten. Eine vollständige Pauschalierung der hausärztlichen Tätigkeit ist angedacht. Kassen und Ärzte sollen ein Institut gründen, das die Sachfragen behandelt, das Ministerium will aber sowohl auf die Bewertungsausschüsse der Selbstverwaltung als auch auf das Institut selber per Ersatzvornahme zugreifen können.

Wir gehen also wieder einmal unruhigen Zeiten entgegen. Die Ärzteschaft favorisiert als „Gegenmodell“ die Kostenerstattung, eine kapitalgedeckte Umgestaltung der GKV und eine Bereinigung des Leistungskatalogs. Wir Psychotherapeuten sind dabei sicher nicht gerade das stärkste Glied in der Kette. Das kennen wir und werden uns vorsehen. Ich persönlich hoffe vor allem, dass die verschiedenen Interessensgruppen innerhalb der Psychotherapeuten Augenmass und Überblick behalten und sich in diesem unruhigen Fahrwasser darauf konzentrieren, gemeinsam ausreichend Kurs zu halten, so dass niemand auf Grund läuft. Die Chance nervös zu werden und dabei Fehler zu machen ist sicher groß. Hoffen wir, dass bei allen internen Konkurrenzen und Profilierungswünschen die Psychotherapie als ganzes nicht Schaden nimmt.

MIT KOLLEGIALEN GRÜSSEN
IHRE BIRGIT CLEVER

AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK UND DEM BUNDESVORSTAND

Reformbedarf der GOÄ/GOP

im Bereich der Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie

In den GOÄ-Reform-Eckpunkten, verabschiedet vom Deutschen Ärztetag, wird auf die veraltete Leistungssystematik und die fehlende Anpassung an die Teuerungsraten hingewiesen und in Punkt 3.5 „Besser bewertete persönliche ärztliche Grundleistungen sichern ärztliche Zuwendung und sparen Kosten“ sogar hervorgehoben, dass eine bessere Bewertung zuwendungsintensiver Leistungen auch Kosten spart. Dies gilt in besonderem Maße für das Tätigkeitsfeld der Psychotherapeuten, Psychosomatiker und Psychiater, weil die Bewertung der Leistungen dieser Fachgruppen relativ zu den übrigen Arztgruppen als viel zu niedrig angesetzt angesehen werden muss. Bei einer Novellierung der GOÄ muss der Schwerpunkt der Reform im Bereich der Behandlungsleistungen bei psychischen Störungen auf einer deutlichen Erhöhung der Gebührensätze liegen, um eine zeitgemäße und mit anderen Fachbereichen vergleichbare, angemessene Honorierung erzielen zu können. Zusammen mit dem PTC wurde die sog. GOP in Kraft gesetzt – die Gebührenordnung für Psychotherapeuten. Sie umfasst die gleichen Leistungsbeschreibungen und die gleichen Honorarsätze wie die GOÄ.

Die Minderbewertung psychotherapeutischer Leistungen in der GOÄ lässt sich daran ermessen, dass – trotz nachweislich grob fehlerhafter Berechnungen der KBV und des Bewertungsausschusses hinsichtlich der Praxiskosten – die Bewertung des EBM 2000 plus für eine psychotherapeutische Behandlungsleistung in Höhe von ca. 76,- Euro im Gegensatz zu den Leistungen anderer Fachgruppen immer noch weit über dem einfachen GOÄ-Satz (40,22 Euro) liegt.

Wenn man auch bei der Behandlung von Privatpatienten von der Annahme ausgeht,

dass ein Psychotherapeut vergleichbare Verdienstmöglichkeiten wie andere Arztgruppen haben sollte, so beliefe sich ein aus dem Vergleich der Verdienstmöglichkeiten anderer Arztgruppen gewonnener notwendiger Betrag für das Honorar pro Behandlungssitzung auf ca. 120,- Euro.

Wenn man von einem Höchst – Steigerungssatz von 1,7 in einem von Ulla Schmidt derzeit angestrebten möglichen Standardtarif ausgeht, mit dem dieses Honorar von 120,- Euro pro Behandlungssitzung erzielt werden können muss, so resultiert daraus ein Betrag von ca. 70,- Euro für die Einzelbehandlungssitzung (50 min) als Mindest-Betrag des einfachen GOÄ-Satzes.

Für den Bereich psychosomatischer Gesprächsleistungen können dieselben Grundsätze angesetzt werden wie für den psychotherapeutischen Bereich, allerdings unter Berücksichtigung etwas höherer Praxiskosten. Für die Kalkulation einer 10-min-Gesprächsziffer errechnet sich so ein Betrag von ca. 25,- Euro.

Entsprechend dem GOÄ-Reform-Konzept der Bundesärztekammer zur „Relationalen Bewertungsfindung“ muss man davon ausgehen, dass bezüglich Schwierigkeitsgrad, Risiko, Strukturqualität, Prozessqualität und Zeitaufwand von einem hohem Aufwand im Vergleich zu den Tätigkeiten anderer Gebiete auszugehen ist, Delegierbarkeit von Leistungen ist aufgrund der grundsätzlich geforderten persönlichen Leistungserbringung in der Psychotherapie überhaupt nicht gegeben.

GOÄ und GOP sollten unbedingt aufeinander abgestimmt weiterentwickelt werden, um ein Auseinanderdriften der psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen und eine daraus resultierende Wettbewerbsverzerrung zu vermeiden. Der Ergänzungsbedarf der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an Gebührenordnungspositionen, den neben Psychotherapeutenverbänden auch die BPTK formuliert hat, muss dabei berücksichtigt werden. Es handelt sich dabei um geeignete neu zu schaffende Leistungsziffern für die psychotherapeutische Mitbehandlung von chronisch Kranken, um sekundäre Folgen anzumildern oder die Bewältigung zu un-

terstützen sowie zusätzliche Ziffern zur Krisenintervention, Akutversorgung, Prävention und Früherkennung psychischer Störungen.

BIRGIT CLEVER

Versorgungsengpässe in der Psychotherapie

Taugliche und untaugliche oder gar keine Konzepte?

Wir Psychotherapeuten wissen schon lange, dass es in der psychotherapeutischen Versorgung spezifische, teilweise erhebliche Strukturprobleme und Versorgungsengpässe gibt. Es handelt sich dabei vor allem um

- Schnittstellenprobleme beim Übergang von der ambulanten zur stationären Behandlung und umgekehrt
- Stichwort „Ärztmangel“: eine bereits jetzt bestehende eklatante Unterversorgung in den neuen Bundesländern mit Psychotherapie für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche
- Stichwort „Nachwuchsmangel“: eine nicht zu verantwortende Zuspitzung der bereits bestehenden Versorgungsengpässe insbesondere im Osten und insbesondere bei Kinder und Jugendlichen durch ungünstige Altersstruktur und mangelnden Nachwuchs

Schnittstellenproblematik und IV-Verträge

Um Schnittstellenproblemen wirksam begegnen zu können, hat die Politik das Modell der integrierten Versorgung entwickelt. Der bvvp hatte sich engagiert, ein Rahmenkonzept für die Behandlung depressiver Patienten zusammen mit DGPPN, BVDN, DPTV und Vereinigung (damals noch nicht vereinigt) zu erstellen, in dem diagnostische und therapeutische Entscheidungsfindungen sowie sinnvolle Be-

handlungspfade zwischen Klinik und ambulanter Versorgung beschrieben wurden, aber auch zwischen den verschiedenen Versorgern im ambulanten Bereich. Dieses Rahmenkonzept sollte als regional modifizierbares Modell für den Abschluss integrierter Versorgungsverträge dienen. Bilanzierend müssen wir allerdings feststellen, dass seit nun über einem Jahr nach Erarbeitung dieses Rahmenkonzeptes bei den Krankenkassen das Interesse an einer Umsetzung dieses Konzeptes nur eingeschränkt vorhanden ist. Im Fokus des Interesses stehen deutlich Kosteneinsparungsmöglichkeiten im stationären Bereich, nicht eine Verbesserung der ambulanten Behandlungssituation. Dort, wo das Rahmenkonzept Psychotherapie bisher umgesetzt wird, geht es also entweder um stringenter klinikerinterne Behandlungskonzepte oder um eine erleichterte Übernahme der Patienten nach dem stationären Aufenthalt in den ambulanten Sektor. Die Techniker-Krankenkasse hat in Aachen einen Vertrag ermöglicht, der die ambulante Versorgung depressiv Erkrankter ganz in die Hände der Psychiater und Nervenärzte legt. Der bvpv bedauert, dass hier – anders als bei der Erarbeitung des Rahmenkonzeptes seitens der Organisationen der psychiatrischen Kollegen – die Kooperation und Einbeziehung der psychotherapeutischen Kollegen trotz wiederholter Signale unsererseits nicht gesucht wurde. Die DAK hat kleinere Modellversuche, z.B. in Niedersachsen abgeschlossen, in denen versucht wird, durch finanzielle Anreize die niedergelassenen psychotherapeutisch tätigen Kollegen in die Überwindung der Schnittstellenproblematik von und zum Krankenhaus einzubinden. Fragen des Behandlungskonzeptes und des Zusammenspiels der Versorger des ambulanten Bereichs spielen hier keine Rolle.

Die KVen andererseits müssen IV-Verträgen – egal auf welche Arztgruppe sie sich beziehen – natürlich grundsätzlich sehr skeptisch, bzw. aus grundsätzlichen Erwägungen hinaus sogar ablehnend gegenüber stehen, da der Mechanismus der IV-Verträge zu einer von den KVen nicht steuerbaren Reduktion der unter allen Ärzten gleichmäßig zu verteilenden Gesamtvergütung führt. Einzelne Arztgruppen werden je nach Umfang der für die jeweilige Arztgruppe realisierten IV-Verträge mit unter Umständen erheblichen Honorarzuwächsen begünstigt, andere Arztgruppen, die nicht in den Genuss solcher Verträge kommen können, dagegen über den Mechanismus der Reduktion der Gesamtvergütung benachteiligt.

Insgesamt zeigt sich, dass die Integrierte Versorgung kassenseitig nicht wirklich so genutzt wird wie vom Gesetzgeber intendiert.

Versorgungsgrad mit Allgemeinmedizin und Psychotherapie

	Einwohner (in Mio)	Einwohner pro Allgemeinarzt	Einwohner pro Psychotherapeut
Berlin	3,45	1.950	2.217
Niedersachsen	7,48	1.820	5.095
Bremen	0,68	2.086	2.042
Hamburg	1,69	1.927	2.195
Brandenburg	2,67	1.997	18.041
Mecklenb.-Vor.	1,85	1.801	18.687
Sachsen	4,60	1.937	14.603
Sachsen-Anhalt	2,80	2.014	24.561
Thüringen	2,54	1.821	13.956
BRD insgesamt	82,00	1.904	4.708
BRD West (einschl. Berlin)	67,54	1.901	4.079
BRD Ost	14,46	1.922	16.853

Quelle: 3.10.05, Karl-Heinz Kortemme, bvpv, Freiburg aus Daten des ZI

Die Idee war, ein Instrumentarium zu schaffen, mit dem in kleinen Einheiten experimentiert und um Versorgungsverbesserungen gerungen werden könnte. Die Krankenkassen scheuen jedoch meist den organisatorischen und finanziellen Aufwand, den eine sorgfältige Konzeption und Evaluation solcher Modelle mit sich bringen würden und tendieren eher zu Großprojekten, bei denen sich der Ressourceneinsatz durch eine flächenhafte Anwendung im Marketing besser verwenden und besser rechnen lässt.

Wir müssen also konstatieren, dass das Instrument „Integrierte Versorgung“ bisher keinen Beitrag zur Verbesserung der Schnittstellenproblematik im psychotherapeutischen Bereich hat leisten können.

Psychotherapeutenmangel aktuell

In der gesundheitspolitischen Debatte um die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems richten sich aller Augen auf den bereits heute in den neuen Bundesländern akuten Hausarztmangel. Es gibt viele Vorschläge, wie diesem Hausarztmangel begegnet werden könnte, angefangen von der Auslobung von Niederlassungsprämien und anderen Fördermitteln für hausärztliche Praxen in strukturschwachen Gebieten über die finanzielle Förderung der Weiterbildung für angehende Allgemeinmediziner bis hin zur Stärkung der Hausärzte als Gesamtheit. So sickern Planungen des BMG durch, die Hausärzte mit bestimmten Privilegien auszustatten wie deutlich verbesserte Vergütungen, gesonderte Organisations- und Verhandlungsrechte in den KVen und spezi-

fische Förderung der Allgemeinmedizin schon während des Studiums.

Interessant dabei ist, dass die Unterversorgung in der Psychotherapie wesentlich dramatischer ist als in der Allgemeinmedizin, dieser Umstand auch bereits seit Jahren bekannt ist, aber trotzdem scheinbar keine Rolle spielt. Am Rande des deutschen Ärztetages in Rostock 2002 gestaltete die KBV zusammen mit bvpv und dem Zentralinstitut bereits eine Pressekonferenz zum Thema Unterversorgung in der Psychotherapie in den neuen Bundesländern – ohne Konsequenz. Hier gibt es keine Anstrengungen seitens der KVen und der Politik die Versorgungssituation zu verbessern, obwohl die Zustände unerträglich sind. Hier dürfte die althergebrachte Hierarchisierung von Krankheiten eine große Rolle spielen. Somatische Krankheiten sind allgemein anerkannt, seelische unterliegen immer noch einer erheblichen Stigmatisierung und der Tendenz, sich einer ernsthaften Beschäftigung damit zu entziehen.

Auf knapp 2000 Einwohner kommt also ein Allgemeinmediziner. Es gibt hier keine Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern. Natürlich bestehen darüber hinaus Unterschiede in der Versorgungsdichte zwischen Stadt und Land, dies Details zeigt die Tabelle zeigt nicht.

Bei der Versorgung mit Psychotherapeuten sind die Unterschiede hingegen zwischen Ost und West sehr groß. In den alten Bundesländern (einschl. Berlin) versorgt ein Psychotherapeut durchschnittlich 4.079 Einwohner, in den neuen Bundesländern sind es durchschnittlich 16.853 Einwohner, also mehr als das Vierfache.

Anfang 2005 standen diesen Versor-

gungsrealitäten laut Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen für Ärztliche, Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusammen folgende verbleibenden Zulassungsmöglichkeiten gegenüber:

Offene Bedarfsplanungssitze Psychotherapie

Offene Bedarfsplanungssitze für Psychotherapeuten:

Baden-Württemberg	135
Bayern	106
Berlin	189
Niedersachsen	165
Bremen	6
Hamburg	64
Hessen	45
Nordrhein	276
Rheinland-Pfalz	74
Saarland	36
Schleswig-Holstein	12
Westfalen-Lippe	178
Brandenburg	102
Mecklenburg-Vorpommern	41
Sachsen	485
Sachsen-ANhalt	199
Thüringen	139
BRD insgesamt	2252
BRD West (einschl. Berlin)	1286
BRD Ost	966

Die freien Hausarztsitze liegen in der gleichen Größenordnung. Es sind bundesweit 2504. Keine andere Fachgruppe weist ansonsten vergleichbare Versorgungsdefizite auf. Für alle anderen Facharztgruppen waren 2005 insgesamt bundesweit 846 freie Arztsitze gemeldet.

Gleichzeitig ist bekannt, dass jedes Jahr die Anzahl seelischer Erkrankungen steigt, dokumentiert z.B. in den Berichten der Krankenkassen. Bei den Berentungen spielt die Psyche eine immer größere Rolle ebenso wie bei der Zahl der mit Behinderung verbrachten Lebensjahre. Nichts davon scheint sich in der Sorge um die Versorgung der Bevölkerung widerzuspiegeln. Das Bundesgesundheitsministerium lobt einerseits den Gesundheitszieleprozess für Deutschland aus und lässt als ein prioritäres Gesundheitsziel die Verhinderung und Behandlung von depressiven Erkrankungen erarbeiten, die Europäische Kommission legte Mitte 2005 das „Grünbuch“ vor, in dem es um europaweite Strategien zur Ver-

hinderung und Bekämpfung seelischer Erkrankungen geht – in den Niederungen der Versorgung vor Ort schlägt sich nichts davon nieder. Die Stigmatisierung nicht nur der Patienten mit seelischen Erkrankungen, sondern auch die ihrer Behandler und ihrer fachgruppenspezifischen und berufsausübungsrelevanten Interessen wirkt ungebrochen fort. Nach wie vor wird den berechtigten Honorarinteressen der Psychotherapeuten entgegengearbeitet oder die Kollegen, die in den Gremien der Ärztekammern festlegen, wie die Fortbildung der Psychotherapeuten mit Punkten und Gebühren zu bewerten sind, schaffen mit wechselnden Begründungen u.a. keine suffizienten Bedingungen für Einzel-Supervisionen oder Balintgruppen.

Auch die Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen mit Psychotherapie ist ein allseits anerkanntes Problem, ganz zu schweigen von den neuen Bundesländern, in denen man Psychotherapeuten sowieso mit der Lupe suchen muss und Kinderbehandlungsplätze schon gar nicht findet. Aufgrund der gemeinsamen Bedarfsplanung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist jedoch auch hier keine Verbesserung in Sicht. Alle Anstrengungen eine getrennte Bedarfsplanung einzufordern, liefen bisher leer. Es bleibt zu hoffen, dass dieses Thema bei einer weiteren Gesundheitsreform aufgegriffen und besser gelöst wird.

Was die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Politik gegen die Unterversorgung bisher anbieten, ist für die psychotherapeutische Versorgung völlig unbrauchbar. Die Wunderwaffe heißt „Flexibilisierung des Vertragsarztrechtes“. Mit diesen Plänen, niedergelegt im Eckpunktepapier des BMG, will Ulla Schmidt dem Ärztemangel vor allem in den ländlichen Regionen begegnen.

Vertragsarztrecht: Ärzte sollen andere Ärzte unbegrenzt anstellen dürfen, sofern nicht die Zulassungsbeschränkung dem entgegensteht. Ärzte sollen die Möglichkeit bekommen, an zwei Orten gleichzeitig zu praktizieren. Sie sollen über KV-Grenzen hinweg „Berufsausübungsgemeinschaften“ gründen und sogar ihren Versorgungsauftrag auf Teilbereiche beschränken dürfen.

Unterversorgung: In unterversorgten Gebieten fallen alle Altersgrenzen. Ärzte dürfen länger als bis zum 68. Lebensjahr praktizieren, zum Zeitpunkt der Niederlassung dürfen sie älter sein als 55 Jahre. KVen sollen nach dem Willen des BMG den Sicherstellungsauftrag regional an die Krankenkassen verlieren, wenn sie dort die Unterversorgung nicht in den Griff bekommen. Die Kas-

sen können dann über Einzelverträge die Lücken schließen. Die Zusatzkosten dafür aber trägt die KV, d.h. die Ärzte aus der Gesamtvergütung.

Sind das taugliche Maßnahmen um die psychotherapeutische Unterversorgung insbesondere in den neuen Bundesländern in den Griff zu bekommen? Wir meinen: Nein, denn dort ist im Regelfall auch der Versorgungsgrad so niedrig, dass eine Zulassung zu bisherigen Bedingungen möglich ist. Eine Teilung von Vertragsarztsitzen ändert nichts daran, dass es schlicht und ergreifend einfach zu wenig Psychotherapeuten gibt, als dass die freien Praxissitze in den neuen Bundesländern oder in ländlichen Regionen in den alten Bundesländern aufgefüllt werden könnten.

Nachwuchsmangel

Die Versorgungsengpässe werden sich in allen medizinischen Fachgebieten zuspitzen. Der immer älter werdenden Bevölkerung und damit einhergehenden Morbiditätszunahme in der Gesamtbevölkerung stehen bei gleichzeitiger Abnahme des erwerbsfähigen Bevölkerungsanteils immer weniger Ärzte und Psychotherapeuten gegenüber.

Aus der 3. Auflage der Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geht hervor, dass 2004 das Durchschnittsalter aller Vertragsärzte knapp 51 Jahre betrug. Die ärztlichen Psychotherapeuten sahen dabei am Ältesten aus: sie waren durchschnittlich knapp 52 Jahre alt. 59,16 % der Psychotherapeuten ist über 50 Jahre, 17,42 % über 60 Jahre alt. Man braucht nicht viel Phantasie um sich auszumalen, was das für die Versorgung bedeutet. Die Arbeitsbedingungen und das Bezahlungsniveau im Krankenhaus haben in den letzten Wochen zu anhaltenden Streiks der angestellten Ärzte geführt. Die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten stehen nicht besser da. Das Psychiatriejahr ist ein Nadelöhr in der Ausbildung und zudem gar nicht oder noch schlechter bezahlt als die Assistenzarztstellen.

Es gibt also noch viel zu tun, gute Lösungen scheinen nicht in Sicht. Auch das berufspolitische Engagement darf nicht auf wenige Schultern abgeschoben werden, wenn uns daran liegt, die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung auch über die Perspektive unserer jetzt ca. 50-jährigen Kollegenschaft hinaus zu sichern.

BIRGIT CLEVER

Was wurde eigentlich aus...



Jürgen Doeberl

... dem gesetzlichen Zwang zum Qualitätsmanagement?

Die gesetzliche Pflicht zur Einführung eines Qualitätsmanagements in der ärztlichen Praxis wurde vom gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in einer Richtlinie ausgefüllt. Diese Richtlinie folgt der Logik, die auch bei der Einführung der Gurtspflicht im Auto angewandt wurde: Gurt-Anlegen war gesetzlich vorgeschrieben, es gab aber keine Geldbuße, wenn man es nicht tat. Auf das Qualitätsmanagement bezogen heißt dies, dass jeder gesetzlich dazu verpflichtet ist, die KV jedoch jedes Jahr nur 2,5% der Ärzte und Psychotherapeuten überprüft und dann lediglich alle die berät, die sich mit dem Thema Qualitätsmanagement noch nicht beschäftigt haben.

Das Gute an diesem Vorgehen ist, dass für längere Zeit niemand gezwungen ist, etwas einzuführen, was er nicht will. Umgekehrt heißt es aber auch, dass die Beschäftigung mit dem Thema freiwillig ist und somit die Chance in sich birgt, die sinnvollen Aspekte des Qualitätsmanagements für Psychotherapiepraxen selbst zu entdecken und auch umzusetzen. Hierzu sind sowohl die von BVVP angebotenen Einführungskurse geeignet, die sich auf das KBV System QEP stützen, wie auch das im Selbststudium mit wenig finanziellem Aufwand durchführbare Internet-gestützte System des BVVP. (www.bvvp.de)

... der Einführung von morbiditätsgestützten Regelleistungsvolumen – morbi-RLV?

Eigentlich sollten diese zum 1.1.2007 eingeführt werden. Die Bundesregierung hat sich je-

doch entschlossen, die Einführung um mindestens ein Jahr aufzuschieben. Nicht wenige sind der Meinung, dass dies den Aufschub auf den Sankt Nimmerleinstag bedeutete. Die Grundidee des morbi-RLV besteht darin, dass jeder Patient entsprechend der Schwere, Chronizität und Vielfalt seiner Erkrankungen mehr oder weniger Punkte in die Arztpraxis trägt, aus denen sich dann das Regelleistungsvolumen des Arztes addiert. Die Ärzteschaft hatte sich versprochen, dass mit der Einführung des morbi-RLV auch das gesetzlich festgelegte Ende der Budgetierung kommen würde. Angesichts der Finanzlage der Krankenkassen ist aber nicht zu erwarten, dass wirklich mehr Geld ins System fließt. Die Erwartung, dass das vorhandene Geld entsprechend der Schwere der Erkrankungen den Patienten und deren Ärzten zufließt, schwindet dahin.

Spötter sind sicher, dass lediglich alle Patienten kränker werden. Immerhin hat Dr. Köhler in einem Interview zu verstehen gegeben, dass er für die genehmigungspflichtige Psychotherapie weiterhin ein zeitgetaktetes Regelleistungsvolumen für sinnvoll hält und nicht das morbi-RLV. (Mehr dazu in diesem Heft auf S. 9)

... der Anpassung der Kostenkalkulation im neuen EBM?

Das BSG hat für eine psychotherapeutische Praxis 45.000 Euro Kosten kalkuliert, der Bewertungsausschuss hat in der Umsetzung dieses Urteils die Kosten auf 40.600 Euro reduziert, im neuen EBM sind die Kosten für eine psychotherapeutische Praxis mit 25.000 Euro festgesetzt. Auch andere Arztgruppen haben die Kostenkalkulation des EBM bezweifelt. Zwei externe Firmen wurden beauftragt, die Plausibilität der Kostenkalkulation verschiedener Arztgruppen zu überprüfen. Das Ergebnis kam durch eine Indiskretion heraus: es ist sinnvoll, die Kalkulation bei verschiedenen Arztgruppen zu korrigieren. Dies kann auf zwei Weisen geschehen: man erhebt noch einmal bei der entsprechenden Arztgruppe die Kosten oder man nimmt eine so genannte normative Kalkulation vor. Letzteres ist bei uns Psychotherapeuten ganz sicher sinnvoll, da trotz der BSG Rechtsprechung kaum ein Psychotherapeut gewagt hat, Personal anzustellen, solange die Kosten im EBM bei 25.000 Euro liegen.

Das Problem scheint zur Zeit einige Fachleute in der KBV zu beschäftigen, ehe es sowohl dem Fachausschuss für Psychotherapie wie auch dem Bewertungsausschuss vorgelegt wird. Immerhin hatte die KBV schon einmal ausgerechnet, dass bei Anpassung der EBM-Kosten an die Festsetzung des Be-

wertungsausschusses eine einzelne Psychotherapiesitzung knapp 1700 Punkte haben müsste.

... der Korrektur der niedrigen Punktzahl bei der biografischen Anamnese?

Man muss sich die Kostenkalkulation der KBV für den neuen EBM folgendermaßen vorstellen: fiktiv gibt es in jeder Praxis zwei Behandlungsräume, einen für die genehmigungspflichtige Psychotherapie und einen für die nicht genehmigungspflichtigen Leistungen und die Schreibtischziffern. Die Leistungen in den beiden Räumen sind unterschiedlich kalkuliert. Hier schlägt sich die BSG Rechtsprechung nieder. Die genehmigungspflichtigen Leistungen sind pro Minute Arztzeit teurer als die nicht genehmigungspflichtigen Leistungen. Eine Ausnahme hiervon bilden nur die probatorischen Sitzungen, die so kalkuliert sind wie eine genehmigungspflichtige Leistung. Die biografische Anamnese wurde von der KBV nun in den „nicht-genehmigungspflichtigen Raum“ getan. Formal ist sie dort richtig, inhaltlich unterscheidet sie sich aber nicht von einer Einzeltherapiesitzung oder einer probatorischen Sitzung. Der Beratende Fachausschuss für Psychotherapie hat in die entsprechenden Gremien den Wunsch eingegeben, dass die biografische Anamnese genau wie eine probatorischen Sitzung kalkuliert wird. Dies kreist noch in den Gremien.

... dem Wunsch der PP und KJP, wie alle anderen Ärzte bestimmte kleine allgemeine Leistungen bezahlt zu bekommen?

Es geht dabei um einen Zuschlag auf samstags erbrachte Sprechstundenleistungen, das Schreiben eines Arztbriefes samt Kopie, die Erstattung von Wegekosten und der Durchführung von Hausbesuchen. Die meisten dieser Leistungen fallen ganz sicher in einer typisch psychotherapeutischen Praxis kaum je an. Dennoch ist nicht darstellbar, warum PP und KJP prinzipiell diese Leistungen nicht erbringen können sollen. Entsprechend dieser Erkenntnis hat der Beratende Fachausschuss auch diese Gebührensätze eingefordert. Eine Entscheidung des Bewertungsausschusses darüber liegt aber noch nicht vor.

... der Forderung, endlich eine angemessene Vergütung für die Anträge im Rahmen des Gutachterverfahrens zu erreichen?

Auch diese Forderung wird vom Beratenden Fachausschuss schon lange erhoben. Hier stoßen wir allerdings auf die geballte Skepsis der ärztlichen Funktionäre: brauchen Psychotherapeuten wirklich solange? Auch wenn sie erfahren sind? Gibt es nicht immer wieder Be-

richte über Textbausteine oder über im Auftragsverfahren erstellte Anträge? In der Tat ist eine solche Praxis für unsere Forderungen nicht förderlich. Dennoch kann es nicht sein, dass wegen des möglichen Missbrauchs durch einige Wenige eine generelle Regelung verhindert wird. Dies ist auch bei anderen Arztgruppen nicht üblich.

... der Anpassung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses an den neuen EBM?

Im zur Zeit gültigen Beschluss des Bewertungsausschusses zu angemessenen Vergütung der genehmigungspflichtigen Psychotherapie ist festgelegt, dass mit dem Inkrafttreten des neuen EBM auch ein neuer Beschluss gefasst werden muss, der dem neuen EBM angepasst ist. Ein solcher Beschluss liegt bisher nicht vor. Er wird aber schon vorbereitet und es ist fraglich, ob nicht wieder ein neuer Versuch unternommen wird, die BSG-Rechtsprechung zu unterlaufen. Es ist zu hoffen, dass sich diejenigen in der KBV durchsetzen, denen daran liegt, auch langfristig für den Bereich Psychotherapie Regelungen zu treffen, die nicht immer wieder zu neuen Gerichtsverfahren führen.

... der Idee, eine bundesweite Regelung für die Mengengrenzungsregelungen in diesem Jahr zu treffen, bei der einer Abrechnung der nicht genehmigungspflichtigen Leistungen für die Psychotherapeuten nicht in dem Ausmaß begrenzt ist, wie dies jetzt der Fall ist?

Eine solche Regelung erwies sich als nicht sinnvoll, da der Beschluss des Bewertungsausschusses, der die Mengengrenzung regelt, praktisch jeder KV die Möglichkeit gibt, eigene Regelungen zu treffen. Eine bundesweite Regelung konnte weder die KBV gegenüber den KVen noch gegenüber den Krankenkassen durchsetzen und ließ es deswegen gleich. Dies könnte aber für das Jahr 2007 möglich werden, nachdem nun der morbi RLV nicht kommt.

JÜRGEN DOEBERT

Besuchen Sie auch die
bvvp-Homepage

www.bvvp.de

Während das bvvp-Magazin
«fürs Grundsätzliche»
zuständig ist, finden Sie dort
die aktuelle Berichterstattung.

ICD-10-GM: Wozu? (Teil 2)

Anhaltspunkte für Über- und Unterschätzungen des diagnostischen Spektrums gemäß ICD-10-GM in der ambulanten Psychotherapie



Benedikt Waldherr

In diesem und im nächsten Artikel zur ICD-10-Verschlüsselung in der Psychotherapie soll besonders auf das vielschichtige Bild der Depressionen eingegangen werden. Anhand der depressiven Störungsbilder wollen wir die Problematik der ICD-10-Verschlüsselung in der Psychotherapie für Sie transparent machen. Vorher sollen aktuelle und wichtige Aspekte zur Einführung der Morbiditätsgestützten Regelleistungsvolumina dargestellt werden.

Weiterentwicklung der Morbiditätsgestützten Regelleistungsvolumina

Erfreulich erscheint, dass das Thema Morbiditätsgestützte Regelleistungsvolumina (Morbi RLV) etwas ins Stocken gerät. Das BMG hat in den Eckpunkten zur nächsten Gesundheitsreform konzediert, dass die ehrgeizige Frist zur Einführung der morbiditätsgestützten Regelleistungsvolumina zum Anfang des Jahres 2007 nicht zu halten sein wird. Das ganze Projekt soll mindestens um ein Jahr nach hinten verschoben werden. Neuer Starttermin soll das Jahr 2008 sein, vielleicht sogar noch später. Es bleibt uns damit also mehr Zeit, uns auf diese neue Vergütungssystematik einzustellen und vor zu bereiten.

Allerdings wird in den Eckpunkten auch ausgeführt, dass man an dem Konzept der morbiditätsgestützten Vergütungssysteme grundsätzlich festhalten will. Hintergrund ist, dass auch der Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen in Zukunft morbiditätsgestützt organisiert werden soll. Die großen Versorger-Krankenkassen wie AOK oder Barmer haben das Interesse, dass die Refinanzierung aus dem Risikostrukturausgleich gemäß der differenzierten Morbidität ihrer Versicherten erfolgt. Die Morbidität, in Diagnosen dargestellt, wird also primär als Steuergröße des Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen angestrebt. Je mehr Schwerkranke eine Kasse versorgen muss, umso mehr soll sie sich auch dem Risikostrukturausgleich rückfinanzieren können. Das System der Morbi-RLV wird deshalb vielleicht auch uns nicht ganz erspart bleiben, aber es kommt zu einem späteren Zeitpunkt.

Die zweite positive Nachricht dieses Eckpunkte-Papiers ist, dass bei der Verteilung des Honorars durch die Kassenärztlichen Vereinigung an den Arzt bzw. Psychotherapeut wahrscheinlich auf den Diagnosebezug verzichtet wird. Nach diesen aktuellen Vorstellungen soll nur bei der Leistungsabrechnung zwischen KV-en und Kassen nach der Morbidität der Versicherten der Diagnosebezug verwendet werden. Für die Honorarverteilung an den einzelnen Arzt bzw. Psychotherapeuten sollen einfachere Parameter, wie das Alter und das Geschlecht der Versicherten als Steuergrößen fungieren. Es wird also in Zukunft keine pauschalierten Gesamtvergütungen mehr geben. Die Kassen und KVen werden künftig morbiditätsgestützte Gesamtvergütungen aushandeln, sofern die Eckpunkte so umgesetzt werden, wie sie veröffentlicht wurden. Der Morbiditätsbezug bei der Honorarverteilung zwischen KV und einzelner Arzt bzw. Psychotherapeuten würde demnach entfallen.

Was nicht entfällt ist, dass die Diagnosen im Zentrum der neuen Vergütungssysteme stehen werden. Deshalb wird es weiterhin wichtig sein, die korrekte und umfassende ICD-10-Verschlüsselung einzuüben und von Verbandseite zu schulen. Fraglich ist derzeit auch, wie die Zuteilung der großen Honorarblöcke innerhalb einer KV an die einzelnen Arztgruppen erfolgen soll. In den Honorarverteilungsverträgen (HVV) könnte der Diagnosebezug als Steuergröße genutzt werden, zumal ja die ICD 10 GM Verschlüsselung die Grundlage für Gesamtvertragsverhandlungen und Risikostrukturausgleich sein soll.

Auch wenn diese Nachrichten -Verschiebung der Morbi-RLV und Vereinfachung der Kenngrößen- erfreulich sind, das ganze System bleibt uns nicht erspart. Wir gehen aber davon aus, dass der bisherige Widerstand gegen die Morbi-RLV, insbesondere auch unsere Kritik zum Datenschutz und zur schwierigen Anwendbarkeit der ganzen Systematik im Bereich der Psychotherapie nicht vergeblich war. Die Tatsache, dass wir uns sehr bemüht haben, unsere Diagnosequalität zu verbessern, hat auch gezeigt, wie differenzierbar und damit veränderbar das Diagnosebild einer Krankheit sein kann. Ob die genannten Modifikationen dieses für unser Fachgebiet hoch problematischen Vergütungssystems als Entschärfung ausreichen, werden wir genau beobachten und prüfen müssen.

Widerstand bleibt wichtig

Wir möchten deshalb alle Kolleginnen und Kollegen weiterhin motivieren, sich gegenüber dem Datenschutzbeauftragten der Länder und des Bundes kritisch zu den Morbi RLV aus Sicht der Psychotherapie zu äußern. Mit den morbiditätsgestützten Vergütungssystemen wird eine Gläsernheit der Patienten entstehen, die nicht mit den gesetzlichen Anforderungen an einen wirksamen Datenschutz in Übereinstimmung zu bringen ist. Wir werden also weiterhin in gebotenen Maße unseren Widerstand und Widerspruch artikulieren müssen und können nur hoffen, dass das ganze System vielleicht doch noch komplett an der Unmöglichkeit seiner Durchführung scheitert.

Wie Sie bei unseren Schulungen erfahren haben, ist die ganze Systematik und deren elektronische Umsetzung der Morbi-RLV ein umfangreiches EDV-Projekt, das seinesgleichen sucht. Wie andere EDV-Großprojekte muss es erst einmal technisch realisierbar sein.

Das Ziel, möglichst differenziert und genau Diagnosen in der Psychotherapie anhand der ICD 10 GM zu erstellen, ist dabei von zentraler Bedeutung. Die gesetzliche Pflicht des § 295 gibt dies dezidiert vor. Die Vielschichtigkeit und Differenziertheit der Diagnosen im Bereich der Psychotherapie wird die Berechnung entsprechender Morbi-RLV nicht vereinfachen.

Die Berechnung der Morbi-RLV kann unseres Erachtens nur holzschnittartig erfolgen, weil die ICD 10 GM die feinen diagnostischen Unterschiede, die wir in der Psychotherapie auf Grund von Ätiologie und Lebensgeschichte eines Menschen heraus arbeiten müssen, gar nicht abbilden kann. Sie wird sich nur für wenige Fachgebiete oder Einzelerkrankungen wirklich als praktikabel erweisen. Mit dem

Differenzierungsgrad der abgerechneten Diagnosen werden die Regelleistungsvolumina komplexer werden müssen, wenn sie korrekt und gerecht sein wollen.

Insofern ist die vollständige und umfassende Diagnose eines Patienten in der Psychotherapie ein wichtiger Teilaspekt, der einerseits belegt, was wir in unserem Fachgebiet leisten. Andererseits lassen aber komplexe Diagnosen eine simplifizierende Gestaltung der Morbi-RLV nicht zu.

Datenschutz und Patientenwohl

Auch künftig wird für unsere Fachgruppe der Patientenschutz ein sehr hohes Gut sein und im Zweifelsfall eine weiterreichende Diagnose wie z.B. eine Diagnose aus dem Kapitel F 6 (Persönlichkeitsstörungen) zunächst -wenn überhaupt- nur als Verdachtsdiagnose vergeben werden. Bei jungen Patienten und Erstdiagnosen ist anders als bei Patienten, die schon einmal stationär psychiatrisch oder psychosomatisch vorbehandelt wurden, noch mehr Sorgfalt bei der Diagnoseerstellung erforderlich. Wenn aber schon eine psychiatrische oder psychosomatische Vordiagnose in Form eines offiziellen Entlassungsberichtes vorliegt, wird man die vorhandenen Diagnosen überprüfen, aber wohl oft im Wesentlichen übernehmen können.

Die Diagnosenerstellung sollte zwar auch schon heute den gängigen wissenschaftlichen Standards entsprechen und deshalb auch valide und reliabel erstellt werden. Nichtsdestotrotz war hier bisher noch mehr Spielraum gegeben. Bisher hatte sich viele Kollegen mit unspezifischen Diagnosen oder Anfangsdiagnosen begnügt, zumal in der Psychotherapie die Beziehung zum Patienten und die Beziehungsgestaltung im Zentrum einer Behandlung stehen. Die Diagnoseerstellung wurde deshalb oft als zusätzlicher teilweise lästiger Verwaltungsakt wahrgenommen.

Dauer von Diagnosen

In der Regel wurde einmal am Anfang einer Psychotherapie die Diagnose erstellt und im Verlauf einer Behandlung beibehalten. Bei selbstkritischer Betrachtung sind aber Diagnosen eher öfter im Verlauf einer Psychotherapie zu ändern und anzupassen, als umgekehrt die anfängliche Diagnose auf Dauer ausreichend und vollständig ist. Viele Komorbiditäten werden erst im Fortgang einer län-

geren Therapie deutlich. Manche Scham besetzten, oft schwerwiegenden Probleme bzw. Symptome werden von den Patienten erst in späteren Therapiephasen mitgeteilt. Sexueller Missbrauch in der Kindheit, Probleme mit Substanzmissbrauch, Sexualstörungen oder diskrete psychotische Symptome werden häufig erst mitgeteilt, wenn eine stabile Vertrauensbeziehung zum Therapeuten entstanden ist. Bei Persönlichkeitsstörungen ist die Diagnose ohnehin erst nach einer längeren Beziehung und wiederholter, vertiefter Exploration sicher zu stellen. Es empfiehlt sich deshalb, die Diagnose in regelmäßigen Abständen z.B. einmal pro Quartal zu überprüfen und gegebenenfalls zu aktualisieren.

Besonders die Anpassungsstörungen (F43.20–F43.28) werden häufig und gerne als relativ einfach zu erstellende Diagnosen gewählt. Die wenigsten Kollegen beachten dabei, dass Anpassungsstörungen Definitionsgemäß nach einem halben Jahr spontan remittieren. Eine Langzeittherapie (LZT), auch in der Verhaltenstherapie (VT), ist deshalb bei reinen Anpassungsstörungen nicht indiziert. Eine LZT wird bei einer singulären F 43.2 in der Regel vom Gutachter nicht bewilligt. Anpassungsstörungen sind der klassische Indikationsbereich für die Kurzzeittherapie (KZT).

Leider kann bei den Anpassungsstörungen die 5. Stelle der ICD 10, welche die Differenzierung des betroffenen Gefühlsbereichs ermöglicht, nicht verwendet werden. Die fünfstellige Verschlüsselung, die in der Psychotherapie zumindest noch einen etwas höheren Differenzierungsgrad erlauben würde, ist vom SGB V her nicht vorgeschrieben und deshalb sind die fünfstelligen ICD 10 Schlüssel in der ICD-10-GM gar nicht aufgelistet. Aus unserer Sicht wäre die fünfstellige Verschlüsselung, wenn man denn schon nach der ICD 10 verschlüsseln muss, eine wichtige Differenzierungshilfe, die uns ein präziseres Diagnostizieren erleichtern würde.

Andererseits hat die detaillierte Erfassung der konkreten, jeweils individuellen Symptomatik jenseits von Diagnosesystemen wie der ICD-10, für die Psychotherapie die wesentlich höhere Bedeutung. Für die Durchführung einer Psychotherapie sind die ICD-10 Diagnosen oftmals zu grob. Obwohl die ICD-10 im Bereich der Psychotherapie den größten Differenzierungsgrad mit bis zu 5 Stellen der alpha-numerischen Kodierung z.B. bei der scheren rezidivierenden Depression mit somatischem Syndrom F33.21 oder bei der Anpassungsstörung mit Störung verschiedener Gefühlsqualitäten F 43.23 aufweist, sind die individuellen Ausprägungen

und Unterschiede einer spezifischen Störung für die erfolgreiche Therapie entscheidend. Zwei Patienten mit der gleichen, selbst fünfstelligen ICD-10 Diagnose können sich in der konkreten Behandlung deutlich voneinander unterscheiden.

Verteilung von ICD 10-Diagnosen in Psychotherapeutischen Praxen am Beispiel aus Bayern

Wie im ersten Artikel zur ICD-10 in der letzten Ausgabe des bvpv-Magazins beschrieben, werden in einzelnen KVen wie z.B. in Bayern inzwischen detaillierte Statistiken und Auswertungen zu den häufigsten ICD10 – Diagnosen mit dem Honorarbescheid versandt. Zum ersten Mal erfolgte dies in Bayern Anfang 2006 bezogen auf die Diagnosen des Abrechnungsquartals 1/2005. Getrennt für die verschiedenen Arzt- und Psychotherapeuten-Untergruppen wie z.B. PP mit VT oder KJP mit TP wurde Häufigkeitsverteilungen der wichtigsten Diagnosen erstellt und in Beziehung zur jeweiligen Praxis gesetzt. Auch wenn diese Statistiken im ersten Anlauf noch ungenau und lückenhaft sind, so lässt sich daran eine Grobverteilung von Diagnosen innerhalb einer Untergruppe von Psychotherapeuten ablesen. Auch verdeutlicht diese statistische Auswertung die oben dargelegte Entwicklung zum Thema Morbi RLV. Aufgeschoben heißt nicht aufgehoben. Die Arbeiten an den Morbi RLV und deren Grundlage der ICD 10 Verschlüsselung gehen trotz Aufschub im Hintergrund weiter.

Im Folgenden werden Auszüge aus dieser ICD-Auswertung am Beispiel der Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten mit VT (etwa 850 Kollegen in Bayern) dargestellt und einige Rückschlüsse auf unser Diagnoseverhalten erläutert.

Zunächst wird ersichtlich, dass sich die Gruppe der Anpassungsstörungen einer großen Beliebtheit bei Psychologischen Psychotherapeuten mit VT erfreut. In repräsentativen Untersuchungen, z.B. Wittchen et al., Bundesgesundheitsurvey 1998, stehen aber stets die affektiven Störungen, wozu F32, F33 und F34 zählen, mit großem Vorsprung an erster Stelle der erwartbaren Prävalenz. Nun kann man beruhigend anführen, dass man der Tabelle auch entnehmen kann, dass dem ja so ist. Wenn man die Zeilen 2, 4 und 6 aufaddiert, dann ergibt das einen deutlichen Abstand der affektiven Erkrankungen zu den Anpassungsstörungen. Den-

	Diagnosegruppen der PP mit VT, aufgelistet nach der Häufigkeit	Absolute Häufigkeit in der Fachgruppe	Prozentanteil Fachgruppe
1	F 43 Anpassungsstörungen	7.344	15,9 %
2	F 32 Depressive Episode	5.388	11,7 %
3	F 41 Andere Angststör.	3.955	8,6 %
4	F 33 Rezidivierende depressive Störung	2.606	5,7 %
5	F 40 Phobien	2.102	4,6%
6	F 34 Anhaltende affektive Störungen	1.664	3,6 %
7	F 45 somatoforme Störungen	1.424	3,1 %
8	F 60 spezifische Persönlichkeitsstörungen	1.357	2,9 %
9	F 50 Essstörungen	1.034	2,2 %
10	F 42 Zwangsstörungen	986	2,1 %
13	F 48 Andere neurotische Störungen	492	1,1 %
14	F 10 Störungen durch Alkohol	363	0,8 %
15	F 54 Verh.auffälligk. b.a. Krankheiten	318	0,7 %
19	F 31 Bipolare Störungen	167	0,4 %
20	F 20 Schizophrenien	156	0,3 %

Auszüge aus der ICD-Auswertung der KV-Bayerns am Beispiel der Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten mit VT im Quartal 1/2005

noch wird wahrscheinlich, so zumindest die Aussage verschiedener Experten, die zu diesen Statistiken befragt wurden, das Spektrum der Anpassungsstörungen zahlenmäßig wohl etwas im Praxisalltag überschätzt.

Möglicherweise sind deshalb Störungen aus dem Affektiven Bereich oder aber Angststörungen zu schwach abgebildet. Sie werden also im Verhältnis zu ihrem Vorkommen unterschätzt. Hier genauer hin zu schauen oder Anfangsdiagnosen zu überprüfen, könnte schon zu einer besseren Abbildung der realen Prävalenz beitragen.

Dass Gruppe F 10, Störungen durch psychotrope Substanzen, hier insbesondere Erkrankungen durch Alkohol, vermutlich ebenfalls in ihrer Häufigkeit unterschätzt werden, wurde bereits in unserem 1.Artikel zur ICD 10 ausgeführt. An dieser statistischen Aufstellung kann aber das ungefähre Ausmaß der Unterschätzung abgelesen werden. Wenn man sich vor Augen hält, dass Missbrauch psychotroper Substanzen die häufigste Komorbidität bei allen depressiven Erkrankungen darstellt, dann sprechen auch diese noch ungenauen Zahlen von insgesamt etwa 9500 depressiven Störungen zu gerade einmal 363 Störungen durch Alkohol (und das in Bayern, dem Land des Bieres) eine deutliche Sprache. Verschiedene seriöse Untersuchungen ermitteln die Komorbiditätsraten

von Depressionen und Störungen aus Kapitel F1 zwischen 30 und 50 %. Das hieße bei jedem 3 Patienten mit einer Depression müsste ein Missbrauch psychotroper Substanzen erwartet werden.

Interessant scheint auch die Feststellung, dass schwere psychiatrische Erkrankungen wie die Bipolaren Störungen und die Schizophrenien, mit zusammen nur 0,7 % in der ambulanten Versorgung, eine eher untergeordnete Rolle zu spielen scheinen, zumindest in Bayern.

Wenn man die doch hohe Zahl von Anpassungsstörungen von etwa 7300 im Verhältnis zu der geringen Zahl der Diagnosen aus dem Bereich F 54 (Verhaltensstörungen bei anderenorts klassifizierten Erkrankungen, wie Asthma, Krebserkrankungen, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, Diabetes u.v.a.m.) betrachtet, dann könnte man vermuten, dass somatische Begleiterkrankungen im Sinne einer Multimorbidität eventuell von unserer Berufgruppe zu wenig mitdiagnostiziert wird. Da eine eigene schwere Erkrankung neben dem Verlust von Angehörigen einer der häufigsten Auslöser für Krisen und Anpassungsstörungen ist, müsste man mehr somatische Begleiterkrankungen im Diagnosespektrum erwarten.

Als letzten interessanten Befund der ICD 10 Statistiken ist die Tatsache mitzuteilen,

dass über zwei Drittel der ausgewerteten Praxen in Bayern pro Patient nur eine einzige Diagnose dokumentieren. Auch daraus kann man erkennen, dass die Verschlüsselung nach der ICD 10 noch ein ziemliches Stiefkind in unsere Fachgruppe darstellt.

Kapitel F3, die affektiven Störungen

Die große Gruppe der depressiven Erkrankungen stellen also das häufigste Krankheitsbild in unseren Praxen dar. In ihrer diagnostischen Erfassung stellen uns die Depressionen aber auch vor Schwierigkeiten wegen der manchmal schwer abgrenzbaren Erscheinungsformen. Die untenstehende Tabelle gibt die Hauptgruppen unipolar depressiver Erkrankungen in dem Versuch einer gewissen Hierarchisierung wieder. In der oberen Hälfte der Grafik finden sich die drei Hauptformen depressiver Störungen, F33, F32 und F34. Im unteren Teil die verwandten Formen aus dem Kapitel F4 Anpassungsstörungen, mit depressiver Symptomatik, oder Angst und Depressive Störung gemischt.

Die Dysthymia ist dabei zwar durch eine lange Dauer von mindestens 2 Jahren gekennzeichnet. Allerdings ist der Schweregrad und die Dauer depressiver Phasen bei der Dysthymia zu keinem Zeitpunkt schwer genug um auch nur die Kriterien der leichten depressiven Episode zu erfüllen.

Vermutlich werden die oben aufgeführten Hauptgruppen depressiver Diagnosen zu Gunsten der unten stehenden Nebengruppen unterschätzt. Hier ist es v.a. die Diagnose Rezidivierender depressiver Störungen, die in unserem Tätigkeitsbereich, der ambulanten Psychotherapie möglicherweise quantitativ deutlich unterschätzt wird. Dies korrespondiert direkt proportional mit der Überschätzung leichterer depressiver Bilder wie den Anpassungsstörungen.

Hauptkennzeichen aller Anpassungsstörungen ist die relativ kurze Dauer. Die Anpassungsstörungen enden mit Ausnahme der F 43.20 definitionsgemäß nach einem halben Jahr. Selbst die prolongierte Trauerreaktion (längere depressive Reaktion, ICD 10 F 43.20) mit bis zu 2 Jahren Dauer wird definitionsgemäß als leichte depressive Erkrankung gesehen, die deutlich unterhalb der Dysthymia anzusiedeln ist. Bei allen Anpassungsstörungen muss ein abgegrenztes, auslösendes Ereignis erkennbar sein, das zu einer kürzeren Reaktion oft mit depressiver Stimmungslage, aber auch mit der Störung anderer Gefühlsqualitäten einhergeht.

Hauptgruppen depressiver Syndrome		Untergliederungen nach der Schwere des jeweiligen Syndroms	
F 33	Rezidivierende Depression	F 33.3	Rezid. depr. Störung, schwere Episode m. psychotischen Symptomen
		F33.2	Rezid. Depr. Störg., gegenwärtig schwere Episode
		F 33.1	Rezid. Depr. Störg., gegenw. mittelgradige Episode
		F 33.0	Rezid. Depr. Störg., gegenwärtig leichte Episode
		F 33.4	Rezid. Depr. Störg., gegenw. remitt.
		F 32	Depressive Episode
		F 32.2	Schwere depressive Episode
		F 32.1	Mittelgr. depr. Episode
		F 32.0	Leichte Depr. Episode
F 34	Andauernde affektive Störungen	F 34.1	Dysthymia

Hauptgruppen unipolarer affektiver Erkrankungen, soweit sie spezifische Störungen beschreiben.

Nebengruppen depressiver Syndrome		Untergliederungen nach der Schwere des jeweiligen Syndroms	
F 43	Anpassungsstörungen	F 43.21	Anpassungsst. m. längerer depr. Reaktion bis zu 2 Jahren
		F 43.20	Anpassungsst. mit kürzerer depr. Reaktion
		F 43.22	Anpassungsst., Angst und Depr. gemischt
		F 43.23	Anpassungsst. mit Beeinträchtigung v. anderen Gefühlen
		F 43.24	Anpassungsst. mit vorw. Störung des Sozialverhaltens
		F 43.25	Anpassungsst. mit gem. Störung v. Gefühlen u. Sozialverh.
F 41.2	Angst und depressive Störung gemischt		

Nebengruppen leichter depressiver Syndrome, die sich in der ambulanten Psychotherapie häufig finden.

Die Diagnose F41.2 (Angst und depressive Störung gemischt), wird zwar auch häufig und gerne in unserer Fachgruppe verwendet. Beliebt vielleicht deshalb, weil man sich nicht frühzeitig festlegen muss, ob die Angst oder die Depression im Vordergrund der Symptomatik steht. Die F41.2 stellt aber bestenfalls eine diagnostische Restkategorie dar, die auch gemäß ICD 10 nur dann verwendet werden darf, wenn man keine andere spezifischere Diagnose stellen kann. Auch dies ein Beispiel, bei dem durch differenzierte Exploration eine präzisere Diagnose leicht möglich erscheint.

Sehr wichtig ist es auch daran zu denken, dass möglicherweise Patienten eine Angststörung und eine depressive Störung aufweisen. Die Komorbiditätsrate von Angsterkrankungen und depressiven Störungen ist mit etwa 50 % der Allgemeinbevölkerung relativ hoch. Also jeder 2. Patient, der die Kriterien einer depressiven Störung erfüllt, erfüllt zusätzlich auch die vollständigen Kriterien für

eine Angsterkrankung. In diesem Fall sind beide Diagnosen nebeneinander gerechtfertigt und sollte auch vergeben werden. Oft sind es wenige zusätzliche, präzisierende Fragen, die eine genauere Diagnosestellung ermöglichen.

Als eine der Diagnosekategorien, die beispielsweise statt der Diagnose Angst und depressive Störung gemischt anzuwenden ist, kann die Dysthymia F 34.1 gesehen werden. Als längerfristige chronische Depression leichten Schweregrades kommt sie in epidemiologischen Studien häufiger vor, als es im Diagnosespektrum z.B. der Gutachtenanträge wieder spiegelt.

Im nächsten Magazin werden die Hauptgruppen depressiver Störungen differenziert vorstellen.

BENEDIKT WALDHERR

Die Psychotherapie-richtlinien werden geändert,

oder: Machtkampf hinter den Kulissen

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) hat zur berufsrechtlichen Überprüfung der Zulassung eines Psychotherapieverfahrens eine Kategorisierung von Anwendungsbereichen vorgenommen. Nach umfangreichem mehrjährigem Prüfverfahren ist es bis jetzt nur der Gesprächstherapie (GPT) mit einigen Mühen gelungen, auf dieser Basis eine Bestätigung als wissenschaftlich anerkanntes Verfahren zu erringen, nachdem sie in mindestens vier von acht „klassischen“ Haupt-Indikationsbereichen wissenschaftliche Nachweise eines erfolgreichen Einsatzes erbringen konnte. Damit ist sie ein berufsrechtlich anerkanntes Verfahren, das zur vertieften Ausbildung zugelassen ist und ausgeübt werden darf. Die Neuropsychologie wurde zwar ebenfalls als ein eigenständiges Verfahren anerkannt, aber nicht als ein solches, das zur vertieften Ausbildung zugelassen werden kann, während die Systemische Therapie vorerst ganz an der Hürde scheiterte.

Die berufsrechtliche Zulassung erlaubt allerdings noch keine Abrechnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen. Für die dafür notwendige sozialrechtliche Zulassung ist der Gemeinsame Bundesausschuss Psychotherapie (G-BA) zuständig, in dem auf der Leistungserbringerseite Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten den Kassen- und Patientenvertretern gegenüber sitzen. Der G-BA ließ sich aber jahrelang Zeit. Außerdem wurde im Rahmen der Bemühungen um diese zweite Anerkennungsrunde immer wieder von interessierter Seite versucht, eine indikations- und störungsbezogene Sichtweise von Psychotherapieverfahren und -methoden in die Diskussion einzubringen, u.a. mit dem Argument, die GPT habe sich schließlich in bestimmten Anwendungsbereichen nicht qualifiziert und für diese sollte sie daher auch nicht zugelassen werden. Die damaligen Vorsitzenden des Beirats, die Professoren Hoffmann und Margraf, haben allerdings inzwischen klargestellt, dass es bei der von Ihnen entworfenen Kategorisierung nicht um eine irgendwie geartete Störungsspezifität der Zulassung ging, sondern um die Entwick-

lung eines Katalogs, der lediglich die Minimalanforderungen für eine Zulassung prüfen soll, die dann aber bei Bestehen uneingeschränkt ausgesprochen werden soll. Damit ist die Idee der störungsspezifischen und indikationsbezogenen Zulassung aber noch lange nicht aus der Welt.

Der G-BA Psychotherapie ist zur Zeit intensiv mit einer Änderung der Psychotherapierichtlinien befasst, um endlich dieses jahrelang dahingeschleppte Problem abarbeiten zu können. Dabei scheint sich hinter den Kulissen ein ungeahnter Machtkampf abzuspielen, der aber strengster Geheimhaltung unterliegt. Der G-BA will sich entsprechend seinem Auftrag, unabhängig von der grundsätzlichen Wirksamkeit eines Verfahrens oder einer Methode die Kriterien für die sozialrechtliche Anerkennung festzulegen und anzuwenden, offensichtlich nicht vom WBP vorschreiben lassen, welche Verfahren er ganz oder auch teilweise zulässt. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), die ein Recht hat, bei Richtlinienänderungen gehört zu werden, möchte ihrerseits Einfluss nehmen und hat – schon länger geplant – ein Symposium und Experten-Hearing für den 3. April diesen Jahres anberaumt, bei dem auch die über 30 Verbände des Gesprächskreises II (GKII) ein Wortchen mitreden wollen. Der G-BA hat aber die Frist für eine Stellungnahme der BPTK zu einem ersten Entwurf des G-BA-Unterausschusses zur Richtlinienänderung auf den 31. März festgelegt, so dass das Hearing keinen Einfluss mehr auf die Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer entfalten kann. Sachzwänge? Ein Schelm der Böses dabei denkt...

Wer vermutet, dass hier nicht nur Institutionen um die Lufthoheit über den Richtlinien kämpfen, sondern dass dahinter auch Verbände und Therapierichtungen stehen, liegt sicher nicht ganz falsch: Im G-BA hat – wie z.Zt. leider in den gesamten KBV-Gremien – seit der letzten KV-Wahl die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (früher DPTV und Vereinigung) auf PP/KJP-Seite uneingeschränkt das Sagen, im Bundeskammervorstand ist dieser Verband aber inzwischen in der Minderheit, nicht jedoch in den Länderkammern. Im GKII wiederum hat er wenig zu sagen, da dort in großer Zahl auch Nicht-Richtlinienverbände dabei sind. Auf einer anderen Ebene ist das Ganze aber auch der Kampf einer evidenzbasierten „Turbo-VT“ (nicht der VT als solches!!!) gegen die beziehungsorientierte und auch die humanistische Psychotherapie oder auch der alte Fight einiger unverbesserlicher Vertreter von Richt-

linienverfahren gegen die hereindringende Konkurrenz.

Die Fronten sind daher nicht immer eindeutig. Die Position des bvvp ist allerdings seit Jahren ziemlich klar und von Norbert Bowe auch jetzt wieder detailliert an anderer Stelle vorgetragen worden (s. dazu bvvp-Homepage):

- Da der WBP die Prüfung der Wirksamkeit von Verfahren anhand einer ausreichenden Breite von Anwendungsgebieten vornimmt, spricht nichts dagegen, dass derart geprüfte Verfahren auch vom G-BA sozialrechtlich zugelassen werden.
- Eine sinnvollere, andersartige Kategorisierung der zu prüfenden Anwendungs- und Versorgungsbereiche, als sie der WBP festgelegt hat, kann dem G-BA kaum gelingen. Vor allem wäre eine Prüfung anhand von zugeordneten ICD 10-Kategorien allein aufgrund der aktuellen Datenlage bei epidemiologischen Studien nicht angemessen.
- Ein Ersatz der ätiologischen Orientierung in den derzeit gültigen Psychotherapierichtlinien durch eine Orientierung an der ICD 10-Klassifikation wäre kein Fortschritt.
- Eine störungsspezifische oder indikationsbezogene Zuordnung von Verfahren ist heutzutage – mit Ausnahme der Neuropsychologie – wissenschaftlich nicht möglich.
- Darüber hinaus wäre es rechtlich fraglich, wenn der G-BA einem wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren den Status als Verfahren aberkennen würde.

Der bvvp versucht, soweit er kann, in diesem Sinne Einfluss zu nehmen. Da die Gesprächstherapie den Nachweis ihrer breiten Wirksamkeit erbracht hat und ebenso die Neuropsychologie für ihr begrenztes Gebiet, sollten beide im Anschluss an eine unserem Fach angemessene Weiterentwicklung der Psychotherapierichtlinien baldmöglichst ihre sozialrechtliche Zulassung und damit die Abrechnungsmöglichkeit in der GKV erhalten. Der G-BA sollte diesen Weg beschreiten. Er sollte seine Geheimnistuerei aufgeben und eine breite und zeitlich ausreichend bemessene Diskussion seiner beabsichtigten Richtlinienänderung in der Fachöffentlichkeit suchen, wie es auch der GKII jüngst in einer Stellungnahme und am 18.03.06 auch die Delegiertenversammlung des bvvp in einer Resolution gefordert haben. Diese Öffentlichkeit scheint er allerdings bisher wie der Teufel das Weihwasser zu fürchten. Warum nur?

FRANK ROLAND DEISTER

AUS DEN REGIONALVERBÄNDEN

BADEN WÜRTTEMBERG

Reisebericht

Wenn der Golm ruft: Ein Schnee-Vergnügen ohne Berufspolitik

Zwischen Neujahr und Dreikönig zog es nun schon zum dritten Mal 22 bvvpler aus Baden-Württemberg samt Familien ins 5-tägige Skivergnügen auf den Golm. Der Jüngste war dreizehn, der Älteste neunundsechzig. Mit Skiern und Snowboards fielen wir im österreichischen Montafon ein und stießen auf den in 1900 m Höhe gelegenen „Berghof Golm“ vor. Dort kann man nicht nur Ski fahren, Glühwein trinken und auf der Sonnenterasse sitzen, nein, man kann sich dort auch einquartieren, dem Sternen-Himmel näher sein und den Blick weit über die mondbeschienene Alpenkette schweifen lassen.

Überhaupt ist der Blick aus diesem Skigebiet einer der Schönsten. Ein Rundblick nämlich mit der Weite, die es braucht, wenn der eigene Horizont eng zu werden droht. Vielleicht brauchten das meine Kollegen nicht so, aber ich umso mehr. Jedenfalls begegnete mir Erstaunliches und ich wurde wie von selbst ein Teil davon: Menschen, die einfach nett und unbeschwert waren; Teenager, die am liebsten durch die abseitigsten Tiefschneehänge direkt unter den Sesselliftmasten fahren und sich um irgendwelche Tännchen wickelten, der Kollege Matthias, der gleich am Anfang seine Brille so nachhaltig verlegte, dass sie sich nicht wiederfand und der dann – von nun an zwar ohne Brille, doch offenbar nicht gänzlich blind – umso mutiger mit Ski und Snowboard die Hänge hinunterstürzte. Ihm war jedenfalls nie kalt. Er fuhr mit wachsender Begeisterung nur mit einer scheinbar dünnen Hose und einem Pullover bekleidet! Brrrrr, denn es war nämlich saumäßig kalt. So kalt, dass ich einmal mittags meine Füße unter warme Wasser halten musste um sie wieder aufzutauen.

Und dann gab es den eingangs schon erwähnten Jüngsten, Dominik, der unbedingt wollte, dass Sabine und ich mal ein Wettrennen fahren. Als wir dann an einem Tag hinüber nach Silvretta Nova fuhren, wo es noch viel mehr Schnee und noch viel mehr Pistenkilometer gab, sind wir dann das Wettrennen gefahren – jedenfalls haben wir davon erzählt.

Der absolute Renner war jedoch die weiße Schnee-Geige. Sie gehörte einem der Organisatoren, Josef Hohmann. Zusammen mit einer Gitarre und einer Reihe mehr oder weniger gesangsbegabter Menschen stand ein Abend ganz im Zeichen der Töne, ein anderer musikalischer Abend war einem ziemlich anspruchsvollen Musikquiz gewidmet. Also ganz klar, wir hatten alles, was man auf einer Skihütte braucht. Geschnarcht wurde natürlich auch, in den verschiedenen Zimmern in unterschiedlicher Intensität, der Alkohol hielt sich in Grenzen, vielleicht weil seine Wirkung auf das Schnarchen in unseren Kreisen hinlänglich bekannt ist?

Es war wirklich eine rundum gelungene Unternehmung. Ich hoffe sehr, dass sich diese Tradition fortsetzen wird, d.h. dass die beiden Initiatoren, Regine Trostel, die diesmal nicht dabei sein konnte, und Josef Hohmann, auch im nächsten Jahr wieder Zeit und Lust haben werden, ein Dreikönigs-Skifahren zu organisieren!

Ganz herzlichen Dank!

BIRGIT CLEVER



Die Skihasen.....

BAYERN

Der BVVP-Bayern feiert 10-jähriges Jubiläum

Der BVVP in Bayern wird am 16.05.06 zehn Jahre alt und feiert dieses Ereignis mit einem Symposium zum Thema Ethik und Psychotherapie. Wir würden uns natürlich freuen, wenn uns auch Vertreter oder Mitglieder befreundeter Nachbarverbände die Ehre erwei-

sen würden, mit uns bei unserem Jubiläum zu feiern.

Zur Geschichte des BVVP-Bayern wollen wir einige Schlaglichter beschreiben:

Wir sind als Verband relativ früh mit einer guten Höhe unseres Mitgliederbeitrages gestartet. Davon profitieren wir im Grunde bis heute. Unsere Arbeit konnte z.T. immer finanziell abgegolten werden. Dennoch war vieles auch nur ehrenamtlich zu leisten. Wir hatten es auch in Bayern bis zum heutigen Tage nie leicht mit dem Ausbau des Verbandes. Wir sind sozusagen als letzter der großen Psychotherapeutenverbände auf die Bildfläche in Bayern getreten. Wir haben hier starke Landesverbände von allen anderen großen Verbänden, seien es nun die ehemaligen Verbände Vereinigung und DPTV, DGPT, VAKJP, oder DGVT. Alle Verbände, die es auf Bundesebene gibt, waren vor uns in Bayern aktiv, sodass wir es hier anders als andere Landesverbände immer mit sehr viel Verbandskonkurrenz zu tun hatten.

Nichtsdestotrotz ist der BVVP eine wichtige politische Größe der Psychotherapeuten auch in Bayern geworden. Wir sind nach wie vor die Organisatoren der Musterklagen ums Honorar und treten unermüdlich für die Gleichberechtigung aller Psychotherapeuten ein.

Wir hatten schon relativ früh, als damals der neue EBM 1996 in Kraft trat, durch günstige politische Konstellationen die Chance gehabt, den 10-Pfennig-Punktwert im Bereich der genehmigungspflichtigen Psychotherapie durchzusetzen. Das war lange Zeit in Bayern und eigentlich im Bereich der GKV bis zum heutigen Tag das Maß der Dinge. Wir galten lange als gelobtes Land der Psychotherapeuten, weil es uns hier gelungen war, wenigstens die Mindestvergütung nach BSG durchzusetzen. Nichtsdestotrotz blieb auch in Bayern nicht alles so rosig und positiv. Insbesondere die Ersatzkassen muss man hier wirklich negativ erwähnen. Bis heute weigern sie sich standhaft, genau diese Mindestvergütung gemäß BSG bereit zu stellen, obwohl gerade Ersatzkassen-Patienten immer ein großer Anteil in unseren Praxen gewesen waren und sind. Die hiesigen Ersatzkassenvertreter stellen sich bis heute auf den Standpunkt „das soll doch bitteschön alles durch Umverteilung innerhalb der KV finanziert werden.“ Die Bereitschaft, das Geld für die Psychotherapie zur Verfügung zu stellen ist hier leider nicht so ausgeprägt wie bei der AOK in Bayern. Die Ersatzkassen verhalten sich hier sehr rückwärts gewandt. Es wird einfach wirtschaftlich für unsere KollegInnen auf Dauer gar nicht möglich sein, den hohen

Anteil an Ersatzkassenpatienten weiterhin in Psychotherapie zu nehmen, wie das in der Vergangenheit bei diesem Versichertenkollektiv der Fall war.

Auch im Hinblick auf die Mitarbeit in der KV Bayerns war der BVVP in den letzten 10 Jahren maßgeblich beteiligt und konnte mitgestalten. Lange Zeit leistete unsere frühere Vorsitzende Dr. Andrea Schleu hier Unglaubliches. Danach konnte unser aktueller Vorsitzender Benedikt Waldherr, der während der letzten Legislaturperiode vier Jahre im Vorstand der KVB aktiv war, einiges zu Gunsten der Psychotherapie bewegen. Und last but not least möchten wir noch mal in Erinnerung rufen, dass Rudi Bittner, der im Moment primär für die Vereinigung die KV Vorstandsarbeit in Bayern ausfüllt, Gründungsmitglied des BVVP Bayern ist und seitdem unserem Verband durch große Treue verbunden geblieben ist.

Der bayerische Landesverband hat durch die manchmal von anderen Verbänden hochgeachtete Service-Politik gegenüber den Mitgliedern gute Maßstäbe für andere Landesverbände gesetzt. Viele landesweite Briefaktionen an alle bayerischen Psychotherapeuten machten uns im ganzen Land bekannt. Infoabende in entlegenen Regionen gehören ebenfalls zu unserem Service wie die Einrichtung einer Geschäftsstelle mit Servicetelefon.

Ein ganz wichtiges Thema in der Arbeit des BVVP Bayern war von Anfang an die Arbeit zum Thema Ethik in der Psychotherapie. Hier hat unsere allererste Vorstandsvorsitzende, Frau Veronika Hillebrand, die Spuren gelegt.

Bis heute ist sie diesbezüglich hochaktiv und wir freuen uns deshalb gemeinsam mit dem neu gegründeten Ethik-Verein, der aus unserem BVVP-Bayern hervorgegangen ist, ein Symposium zum Thema „Ethik in der Psychotherapie“ im Mai abhalten zu können. Zielrichtung dabei ist, die maßgeblichen Entscheidungsträger im Gesundheitswesen, aber auch die Ausbilder und Lehrtherapeuten für eine stärkere Fokussierung des Themas „Missbrauch von Patienten und Patienteninteressen“ in den verschiedenen Teilbereichen des Psychotherapiebetriebes zu sensibilisieren. Hier gibt es noch viel zu tun und trotz der aufstrebenden Arbeit der Kammern, die hier viel Regulierungsarbeit zu leisten haben, bleibt eine Seite nach wie vor unterrepräsentiert, und das ist die Patientenseite.

Hier ein verbindendes Element oder einen Ausgleich für betroffene Patienten zu schaffen, ist eines der Anliegen des Ethik-Vereins in Bayern. Die Patienten sowohl im Hinblick auf Folgebehandlungen, wenn sie in Psycho-

therapien missbraucht wurden zu beraten und in juristischer Hinsicht zu begleiten, wenn sie gegen die Täter Sanktionen erreichen wollen, das ist einer der Arbeitsschwerpunkte dieses neuen Ethik-Vereins.

Die Einladung und das Programm zu unserer 10-Jahres-Feier für Sie alle finden Sie auf unserer Homepage unter www.bvvp.de/bvvpbay/

Natürlich sind Sie herzlich willkommen, wenn Sie mit uns am 16. Mai 2006 von 13:00 Uhr bis 19:30 Uhr hier in München in den Räumlichkeiten der Bayerischen Ärztekammer unseren 10. Geburtstag begehen.

BENEDIKT WALDHERR

LESERBRIEFE

Pro Jahr erhielt die Schwerpunktredaktion ungefähr einen Leserbrief – beim Thema „Psychotherapie und Psychomarkt“ waren es sieben. Die beiden folgenden geben die Bandbreite der Kritik wieder (lobende Stimmen behalten wir für uns): Teils fand man uns zu unkritisch gegenüber manchen Verfahren, teils wurde genau das Gegenteil moniert. Wir bemühten uns im Glossar um eine nicht wertende Darstellung, machten allerdings im Vorspann deutlich, dass wir den Wert und die Seriosität der referierten Verfahren sehr unterschiedlich beurteilen. Das war manchen zu wenig differenziert. Bei anderen Artikeln erregte umgekehrt die dezidierte Wertung Anstoß. Über das Ergebnis unserer Bemühungen gingen also die Meinungen auseinander. Das ist normal, zumal es hier um Dinge geht, bei denen persönliche Überzeugung und Erfahrung eine besonders große Rolle spielen. Wir lernen aus Ihren Reaktionen und würden uns deshalb freuen, wenn dieses Heft zum Thema Integration ähnlich viele KollegInnen zur Feder greifen ließe.

URSULA NEUMANN

Redaktionelle Fehlleistung

Das Glossar zum grauen Markt im aktuellen Magazin ist, freundlich ausgedrückt, extrem missverständlich. Sie schreiben zwar im Vorwort, einige der Methoden hielten Sie für hilfreich, andere für Scharlatanerie. Aber dann schaffen Sie es doch, ohne allzu große Differenzierung alles in einem Atemzug zu nennen, von wissenschaftlich gut belegten Verfahren wie der Gesprächspsychotherapie oder dem Kathymen Bilderleben, das auch im Rahmen einer tiefenpsychologisch fun-

dierten (Richtlinien)-Psychotherapie zur Anwendung kommen kann, bis zu Praktiken wie Bachblütentherapie oder Reiki. Ohne Konsequenzen bleibt auch Ihr Anspruch, die Leser zum weiteren sich Kundigmachen anzuregen, denn bei den Links erfährt man nichts über die Websites der entsprechenden Fachgesellschaften, sondern erhält nur Hinweise auf Websites, die über unlautere Praktiken, Parawissenschaften und Sekten informieren. Aufklärung sieht anders aus. Diffamierungsabsichten mag ich Ihnen nicht unterstellen, aber eine bemerkenswerte redaktionelle Fehlleistung ist das schon.

Hier noch einige hilfreiche Websites:

- www.hypnose-dgh.de
(Deutsche Gesellschaft für Hypnose)
- www.meg-hypnose.de
(Milton-Erickson-Gesellschaft)
- www.hypnose-kikh.de (Klingenberg Institut für klinische Hypnose)
- www.agkb.de (Arbeitsgemeinschaft für Katathymes Bilderleben)
- www.sagkb.ch (Schweizer Arbeitsgemeinschaft für Katathymes Bilderleben)
- www.oegatap.at
(Österreichische Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie)
- www.fritz-perls-institut.de
(Gestalttherapie)
- www.gwg-ev.org (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie)

Mit kollegialen Grüßen

DR. MED. ROLAND STARK,
ELTVILLE

Unselige Grenze zwischen „seriös“ und „alternativ“ aufheben

Im letzten bvvp-Magazin stand der sogenannte Psychomarkt oder die „Grauzone“ im Blickfeld. Als jemand, der neugierig ist auch jenseits der abgesteckten Pfähle und der sich immer wieder mit alternativen Verfahren auseinandergesetzt hat, oft auch in persönlicher Erfahrung, war ich erstaunt über das Ausmaß an negativem Vorurteil, welches in den Beiträgen immer wieder durchschimmerte, auch wenn sich um Ausgewogenheit bemüht wurde. Und ich bin auch wieder nicht erstaunt, denn ich kenne die Hypnose, in der wir Richtlinienpsychotherapeuten uns befinden. Aus Platzgründen werde ich mich darauf beschränken, ein paar Fragen zu stellen.

Es existiert eine Grenze zwischen „seriöser“, „wissenschaftlicher anerkannter“ The-

rapie und den alternativen Therapien. Vielleicht wäre es sinnvoll zu überlegen, wer und aus welcher Motivation am Ziehen einer derartigen Grenze interessiert ist. Es sind nicht die alternativen Therapien und das Motiv ist nicht das Wohl der Patienten.

Frau Neumann schreibt von den Unsummen, die „den Menschen aus der Tasche gezogen werden und welche Unsummen sie sich aus der Tasche ziehen lassen“. Dieses Argument suggeriert, dass den Menschen, die alternative Verfahren in Anspruch nehmen, kein entsprechender Gegenwert geboten wird – woher will sie das wissen? Eine direkte Finanzierung durch den Leistungsnahmer ist mit Wert und Gegenwert nachprüfbarer und ehrlicher als die Unsummen, die in unserem Gesundheitssystem oft sehr merkwürdige Wege gehen.

Immer wieder wird suggeriert, alternative Verfahren wären besonders schädlich für den Klienten, am deutlichsten bei Colin Goldner. Es gibt keinen Beweis für diese Behauptung, auch wenn es natürlich fragwürdige Verfahren gibt. Ich möchte aber darauf hinweisen, dass die erwiesenermaßen gefährlichste Methode nicht im alternativen Lager zu finden ist – es ist die wissenschaftliche Schulmedizin. Die Zahl der Toten in Deutschland durch falsch indizierte oder dosierte Medikamente wird in pharmakologischen Studien zwischen 8000 und 57000 (!!) pro Jahr geschätzt, nichttödliche Folgeschäden medizinischer Behandlungen gehen in die Hunderttausende. Mit diesem Negativrekord kann kein alternatives Verfahren mithalten.

Es wird an der Ethik alternativer Therapeuten gezweifelt – mit welcher Berechtigung? Nach meiner Erfahrung sind alternative Therapeuten genauso am Wohl ihrer Klienten interessiert wie nichtalternative. Und was die Wirksamkeit betrifft: Ich kenne alternative Therapeuten, die nicht nur gleich gut sondern besser sind als „seriöse“ Therapeuten – manche können in 8 Sitzungen positive Wirkungen hervorrufen, die Richtlinienpsychotherapeuten nicht in 80 Sitzungen erzielen könnten.

Wenn die unselige Grenze zwischen „seriös“ und „alternativ“ aufgegeben würde, dann könnte ein fruchtbarer Austausch beginnen. Dann könnte die Wissenschaft merken, dass im alternativen Lager teils andere Veränderungsprinzipien (Beispiel Geistheilung) angewendet werden, die durchaus wirksam sind. Mit dem Fallenlassen der Grenze könnten beide Seiten profitieren anstatt sich gegenseitig abzuwerten.

DR. THOMAS DEUTSCHBEIN,
FREIBURG

IMPRESSUM

Herausgeber: Der Vorstand des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp)

bvvp-Geschäftsstelle: Schwimmbadstraße 22, 79100 Freiburg, Tel.: 0761-7910245, Fax: 0761-7910243, E-Mail: bvvp@bvvp.de, Homepage: www.bvvp.de

Verantwortlich für den Gesamthalt im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen: Martin Klett, AKJP, Erasmusstr. 16, 79098 Freiburg, Tel.: 0761-278089, E-Mail: MartinKlett@t-online.de

Redaktion Bundesvorstand/Regionalverbände: Martin Klett, Erasmusstr.16, 79098 Freiburg, Tel.: 0761-278090, Fax: 07664-600451, E-Mail: MartinKlett@t-online.de

Redaktion Schwerpunkt, Rezensionen und Sonstiges: Dipl.-Psych. Ursula Neumann, Trotterbergstraße 13, 77704 Oberkirch-Bottenau, Tel.: 07802-981563, Fax 07802-981565, E-Mail: ursula-neumann@gmx.de, Dr. med. Ursula Stahlbusch, Ernsdorferstr. 50, 83209 Prien, Tel.: 08051-63502, Fax: 08051-966065, E-Mail: ursula.stahlbusch@t-online.de; Dr. med. Rüdiger Hagelberg, Alte Rabenstr. 14, 20148 Hamburg, ruediger_hagelberg@yahoo.de; Ortwin Löwa, Hermann-Behn-Weg 20, 20146 Hamburg, Tel. u. Fax: 040-448429, E-mail: oloewa@gmx.de

Referat Dienstleistungen im bvvp: Manfred Falke, Triftstr. 33, 21255 Tostedt, Tel.: 04182-21703, Fax: 04182-22927, E-Mail: wpnds@bvvp.de

Verlag: Copernicus Gesellschaft mbH, Max-Planck-Str. 3, 37191 Katlenburg-Lindau – Projektleitung: Michael Koschorreck

Satz: Selignow Verlagsservice Berlin, www.selignow.de

Druck, Bindung, Versand: druckhaus köthen GmbH, 06366 Köthen

Anzeigen: Copernicus Systems + Technology GmbH, Kreuzbergstr. 30, 10965 Berlin

Anzeigenhotline für Beilagen und gestaltete Anzeigen: 030-6090296-0, Fax: 030-6090296-22 (Herr Selignow)

Kleinanzeigen, Neuerscheinungen und Veranstaltungsanzeigen: Online-Buchungssystem www.bvvp-magazin.de

Es gilt Anzeigenpreisliste Nr. 6, Erscheinungsweise: vierteljährlich

Das nächste Heft erscheint am 20.07.05 (Redaktionsschluss: 02.06.05)

ISSN-Nummer: 1683-5328

Die Zeitschrift ist für Mitglieder der Regionalverbände des bvvp im Mitgliedsbeitrag enthalten. Einzelverkaufspreis 6 €.

Bei Einsendungen an die Redaktion wird, wenn nichts anderes vermerkt, das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers und der Redaktion wieder. Auszugsweiser Textabdruck ist mit Quellenangabe gestattet.

Auf unserer homepage www.bvvp-magazin.de können Sie Hefte bestellen, Beiträge älterer Hefte herunterladen, Anzeigen aufgeben und noch einiges andere mehr. Schauen Sie mal rein! Bitte besuchen Sie auch die bvvp-Homepage www.bvvp.de. Während wir «fürs Grundsätzliche» zuständig sind, finden Sie dort die aktuelle Berichterstattung.

Integration – Sieben Jahre Psychotherapeutengesetz

Bei diesem Thema läge es nahe, uns selbst auf die Schulter zu klopfen. Denn der bvvp ist der Berufsverband, der wie kein anderer für die Integration der Psychotherapie und der psychologischen PsychotherapeutInnen in das vertragsärztliche System steht. Dafür erhielten wir keineswegs nur Lob und Zustimmung, vielmehr haben wir Prügel bezogen, Zerreißproben in Kauf genommen, vor allem aber: wir haben hart dafür gearbeitet. Aber das Schulterklopfen wurde bereits im Jubiläumsheft 3/2004 zum zehnjährigen Bestehen des bvvp erledigt. Auf den folgenden Seiten geht es um eine kritische und selbstkritische Analyse und Bestandsaufnahme nach sieben Jahren Psychotherapeutengesetz. Den Akzent legen wir auf die berufspolitische Seite. Es gibt auch eine gesundheits- und gesellschaftspolitische Bedeutung des PTG. Das wird am deutlichsten, wenn man die Gegenprobe macht: Wäre zum Beispiel neben der Kassenärztlichen eine Kassenpsychologische Vereinigung entstanden, hätte das die Diskriminierung zementiert: seelische Krankheiten sind etwas anderes als körperliche. Die formale Gleichbehandlung „Krankheit ist Krankheit“ ebnet den Weg dafür, dass von den Menschen beides zusammen gesehen wird: die körperliche und die seelische Gesundheit, die somatische und die psychologische Versorgung.

Beim Kampf gegen die Zuzahlung für Psychotherapie war der bvvp allein auf weiter Flur, da muss ich uns jetzt doch ein bisschen auf die Schulter klopfen. Die anderen Verbände fanden eine Zuzahlung teils gar nicht so übel, teils hatten sie sie als Preis akzeptiert, um überhaupt ein Psychotherapeutengesetz zu bekommen. Das fiel umso leichter, als diese Kröte von den PatientInnen zu schlucken gewesen wäre. Sicher, das Glück kam uns in Form eines Regierungswechsels zu Hilfe, aber ohne unser penetrantes Klinkenputzen bei PolitikerInnen hätte es anders ausgesehen. Eine Psychotherapie-zuzahlung aber wäre für die Menschen ein tagtäglich erlebbares Zeichen der Desintegriertheit der Psychotherapie und der psychischen Krankheiten gewesen. Dass die PPs in die vertragsärztliche Versorgung integriert sind, hätte diesen Eindruck nicht wett gemacht.

„Die Psychotherapie“ hat in den KV-Gremien durch die Einbindung der zahlenmäßig großen Gruppe der Psychologischen PsychotherapeutInnen ein viel größeres Gewicht bekommen. Das ist wahr, trotz allen Ärgers und aller Problematik. Ich gehöre gewiss nicht zu denen, die das blauäugig schön reden. Dieses gewachsene Gewicht und diese Einbindung wird à la longue eine gesellschaftliche Wirkung haben. Denn die Docs sind nun mal in Sachen Gesundheit opinion leaders. Wenn sich ihre Meinung zu uns und zur Psychotherapie ändert, hat das weit reichende Folgen. Wer in Gremien, in Ärztezirkeln, in Ausschüssen nebeneinander sitzt, verändert die Einstellung zueinander. Als KV-Delegierte ging ich 2001 das erste Mal in die Offenburger Mini-Bezirksversammlung – sechs Ärzte und eine Psychologin. Das Misstrauen war auf beiden Seiten greifbar. Bei der ersten Delegiertenversammlung in Freiburg wollte man alle PPs separat setzen. Ich wandte mich an die Offenburger Kollegen und hörte: „Aber nein! Sie gehören zu uns!“ Das sie meinen Platz neben sich sahen, hieß aber noch lange nicht, dass die Herren für die Psycho-Anträge stimmten, nicht für ei-

nen einzigen. Vielleicht ist das auch in diesem Stadium gar nicht das Entscheidende, sondern es kommt darauf an, einander differenzierter wahrzunehmen und darüber (vielleicht nicht gerade für jeden und jede) Wertschätzung zu entwickeln. Es hängt auch von uns ab, ob wir hier punkten. Das gilt keineswegs nur für die Gremienarbeit, sondern für den alltäglichen Umgang mit den Körper-Docs.

Am Ende meines vierjährigen KV-Ausflugs war Verständnis für die Position des anderen gewachsen und ein „Wir-Gefühl“ entstanden. Ich bin sicher, dass das nicht nur bei mir längerfristig wirkt sondern genauso bei meinen ärztlichen Kollegen. In diesem „Wir-Gefühl“ liegt allerdings auch eine Gefahr: „Wir gegen die anderen“ – gegen die Politik, die Krankenkassen, die stationäre Versorgung, die Patientenverbände... aber auch: „wir FunktionsträgerInnen gegen das Fußvolk“. Es ist nicht einfach, sich diesem Sog zu entziehen. Wenn das „Wir“ aber zur bloßen Interessenvertretung verkommt, dann mögen wir zwar in den KVen integriert sein, aber wir wären den Menschen fremd geworden, um die es uns eigentlich gehen sollte.

URSULA NEUMANN

Integration – die Meinung von somatischen ÄrztInnen

Ergebnisse einer Befragung

Wir wollten wissen, wie die somatisch behandelnden ÄrztInnen zur Integration der Psychotherapie und der PsychotherapeutInnen stehen. Deshalb haben wir vier Fragen mit der Bitte um freie Beantwortung an sechzig zufällig ausgewählte Hamburger Ärztinnen und Ärzte geschickt. Jeweils zur Hälfte handelte es sich um HausärztInnen und FachärztInnen (je sechs der Fächer Gynäkologie, Kinderheilkunde, Innere Medizin, Orthopädie und Nervenheilkunde).

- Wie beurteilen Sie den aktuellen Stand der Einbindung der Psychotherapie in die medizinische Versorgung und der ärztlichen und psychologischen PsychotherapeutInnen in die Ärzteschaft?
- Welche Probleme und Hindernisse gibt es dabei?
- Wie sind Ihre Erfahrungen bei der Zusammenarbeit mit psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen? Gibt es dabei Unterschiede zwischen psychotherapeutisch tätigen ÄrztInnen und PsychologInnen?
- Was muss sich in der Zusammenarbeit und was bei „den Psychotherapeuten“ ändern?

Geantwortet haben 18 KollegInnen, d.h. etwa 30 %. Die meisten Antworten kamen von HausärztInnen, nur fünf von FachärztInnen. Acht zusätzliche Antworten aus Baden-Württemberg (zumeist ebenfalls HausärztInnen) untermauern die Hamburger Antworten.

Ergebnisse

Zu 1.:

Die meisten ÄrztInnen gaben schlechte Noten („ungenügend“, „negativ“, „schlecht“, „sehr schlecht“), nur wenige beurteilten die Einbindung der Psychotherapie und PsychotherapeutInnen positiv. Es gab wenige ausführlichere Antworten. Das Fach „Psychotherapie“ scheint danach eher anerkannt zu sein als seine VertreterInnen. Berührungängste und Unwissen auf beiden Seiten werden konstatiert und dort bedauert, wo noch eine gewisse Akzeptanz erkennbar ist. Ein Allgemeinmediziner: „Nach meinem Eindruck laufen die Tätigkeiten nebeneinander her. Jeder weiß wenig vom Tun des anderen“. Oder ein anderer selbstkritisch: „Die meisten Kollegen denken zu spät an psychosomatische Zusammenhänge.“ Der „Übergang“ von somatischer zu psychosomatischer Behandlung geschehe noch nicht selbstverständlich genug. (Kein „shake-hand-Verfahren“.) Die Einzelmeinung einer Fachärztin: Sie findet die Einbindung der Psychotherapie „insgesamt gut, insbesondere im Bereich der Körperschaften“. Ein Facharzt dagegen: „Ich sehe die Einbindung nur auf dem leidigen Honorarsektor.“ Schließlich auch Kritik mit dem Blick auf die PatientInnen: „Man sollte auf beiden Seiten bedenken, dass der Patient Spannungen zwischen Arzt und Psychotherapeut wahrnimmt und evtl. beide gegeneinander ausspielt. Er kann den Weg des geringeren Widerstandes wählen, was auch nicht therapieförderlich ist.“

Zu 2.:

In fast allen Antworten werden zu lange Wartezeiten und zu wenige Rückmeldungen an überweisende Ärzte moniert. Die Koordination zwischen SomatikerInnen und PsychotherapeutInnen wird meistens negativ gesehen und dabei u. a. auch eine seltene Erreichbarkeit letzterer beklagt. Es gäbe keine „krisengerechten Einstiege“ und keine „interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ausnahme des Überweisungsscheines“. Eine Hausarztstimme: „Obwohl viele Kassenarztsitze von Psychologen besetzt werden, gibt es fast weniger Termine für unsere Patienten als früher“. In einer anonymen Antwort wird darüber Klage geführt, dass die Überweisenden über die Behandlung, über Indikationen, Verläufe und Erfolge in Unkenntnis gelassen werden. Überraschend selten geht es ums Geld, um die „Bezahlung über den Facharzttopf“.

Zu 3.

Die Zusammenarbeit mit den ärztlichen PsychotherapeutInnen wird kaum kritisiert. Sie sei gut. Kontakt zu den psychologischen PsychotherapeutInnen bestehe dagegen (häufig) gar nicht, sei schlecht, werde vermieden oder sei auch gar nicht angebracht. Die überwiegend ausgedrückte Ablehnung psychologischer KollegInnen wird so begründet: „Zu niedriger Ausbildungsstand der nichtärztlichen Psychotherapeuten.“ „Himmelweite Unterschiede zwischen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten.“ „Psychologen sind mir ganz fremd.“ Ein Psychiater: „Die Psychologen berücksichtigen nicht die größte Erkenntnis des 20. Jahrhunderts, dass Psychotherapie unter Medikation am wirksamsten gedeiht.“ Ein Allgemeinmediziner: „Ich habe den Eindruck, je größer die psychischen Probleme der Patienten sind, desto weniger bekommen sie einen Termin beim Psychologen.“ Fast alle Antwortenden vermissen bei den psychologischen KollegInnen Erreichbarkeit, Rückmeldungen oder Bereitschaft zur Zusammenarbeit. Aus Diagnose und Therapie werde zu oft ein Geheimnis gemacht. Dagegen stehen einige wenige positive Stellungnahmen, wie zum Beispiel diese vieldeutige: „Die Psychologen lecken lediglich die Wunden dieser Raubtiergesellschaft und stellen eine Art Notlösung dar.“ Immerhin?

Zu 4.

Fast alle Antworten stimmen in den folgenden, eher pragmatischen Verbesserungsvorschlägen überein: Mehr Kontakte, bessere Erreichbarkeit der PsychotherapeutInnen, mehr Berichte, schnellerer bzw. vereinfachter Zugang der Patienten zu freien Plätzen, bessere Transparenz der Angebotsvielfalt.

Fazit:

Positiv ist zu werten, dass die Antworten trotz aller Kritik wenigstens eine Haltung zu dem Fach „Psychotherapie“ erkennen lassen. Andererseits wirken sie eher nur am Rande interessiert. Anscheinend haben die ÄrztInnen zur Zeit oder schon lange andere Sorgen. Dafür spricht auch die geringe Antwortquote (trotz Freiumschatz). Das Geld spielt viel weniger als erwartet eine Rolle (viermal wurde der Ärger über das „Stützen“ aus dem Facharzttopf angesprochen). Der Eindruck entsteht, dass die Integration eher funktionell gesehen wird, auch bei zustimmenden Äußerungen. Von „innerer Integration“, einem Streben nach Überwindung der Trennung des Somatischen und Psychischen in der Medizin ist nichts zu spüren. Insbesondere die Integration der psychologischen PsychotherapeutInnen wird nicht als Aufgabe gesehen. Es stellt sich den ÄrztInnen auch nicht die Frage, welchen Wert und welche Chance sie für die Psychotherapie oder gar für die gesamte Medizin bedeuten könnte. Die PsychologInnen sind in den Augen der „SomatikerInnen“ ein Fremdkörper „im System“.

Insgesamt bestätigt die Umfrage den Eindruck, dass die Psychotherapie als Fach innerhalb der Medizin zwar an Boden gewinnt, dass der Widerstand der Ärzteschaft gegen die PsychologInnen ein Fortschreiten der Integration über das gesetzlich vorgeschriebene hinaus aber verhindert. Dabei ist auffällig, dass bei allen Auseinandersetzungen und Widersprüchen die ärztlichen PsychotherapeutInnen offenbar schlicht nicht ins Gewicht fallen.

Viele Monita der Ärzteschaft erscheinen nicht unberechtigt. Wir sollten sie zum Anlass nehmen, (selbst-)kritisch zu prüfen, wie es mit dem Willen und der Entschlossenheit der PsychologInnen einschließlich ihrer Berufsverbände steht, den ÄrztInnen ein Stück mehr entgegen zu kommen. Das klarste Ergebnis dieser kleinen Umfrage für uns Psychotherapeuten, ob ärztlich oder psychologisch: Wir sind aufgefordert, durch bessere Erreichbarkeit, weniger kritische Patientenauswahl, häufigere Sprechzeiten, Sprechstundenhilfen (Praxiskostenfrage!!), durchschaubarere Praxisplanung und häufigere Berichte von unserer Seite mehr für die Integration zu tun, als das, was uns vom Gesetzgeber mit dem PTG aufgegeben ist. Eine Wahl haben wir dabei eigentlich nicht, wenn es uns um die PatientInnen geht.

RÜDIGER HAGELBERG

Besuchen Sie auch unsere Homepage:

www.bvvp-magazin.de

- **Kleinanzeigen aufgeben und lesen**
- **Alte Ausgaben downloaden**
- **Zukünftige Ausgaben abonnieren**
- **Veranstaltungen gratis ankündigen**

Verschiedene Blickwinkel

PP und ÄP im Dialog über die Integration und ihre Folgen

Bei einer Telefonkonferenz beschlossen die Psychologische Psychotherapeutin Marianne Funk und der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin Rüdiger Hagelberg spontan einen Dialog darüber, wie sich die Integration der Psychologischen PsychotherapeutInnen in die Kassenärztliche Vereinigung aus ihren unterschiedlichen Blickwinkeln darstellt.



Marianne Funk und Rüdiger Hagelberg

Hagelberg: Für mich ist wichtig, über Unterschiede in unserer Einstellung zur Psychotherapie zu sprechen und die Frage nach dem Stand der Integration zu stellen: Was ist sie, funktioniert sie oder nicht, wenn nicht, warum nicht? Laut Duden heißt Integration „Vervollständigung zu einem Ganzen“. Wir gehören als Ganzes eigentlich zusammen, kriegen es aber nicht gut hin.

Funk: Du machst mich neugierig. Ich finde nämlich, wir kriegen es gut hin. Das liegt vielleicht auch daran, dass in meiner KV in Süd-Württemberg von Anfang an eine kollegiale Zusammenarbeit gepflegt wurde. Das Kennenlernen hat dazu geführt, dass wir den anderen besser akzeptieren können.

Aber ich möchte zunächst einen Blick zurück werfen. Ich war 1978 nach dem ersten Versuch für ein PTG überzeugt, dass das Gesetz schnell kommen wird. Nach unserer Wahrnehmung waren wir PsychologInnen doch zur Heilbehandlung geradezu ideal geeignet. War das Psychologiestudium, in dem wir Wissen um Wahrnehmung, um Lernen und kognitive Verarbeitungsprozesse erworben hatten, nicht eine bessere Voraussetzung für Psychotherapie als die Kenntnis von Blutbahnen und Wirkungen von Medikamenten? Außerdem gab es während des Studiums eine gründliche Ausbildung in klinischer Psychologie.

H.: Es ging also gleich darum, wer der Bessere ist.

F.: Zunächst mal ging es darum, dass den PP völlig abgesprochen wurde, ein Heilberuf zu sein. Kann sein, dass unsere Reaktion darauf dann war: „wie bitte – wir kein Heilberuf? Wir sind eigentlich die einzig wahren und richtigen Heiler“.

H.: Ich war zum PTG ganz gespalten. Ich habe das Psychologiestudium nie so eindeutig wie das Medizinstudium als Ausbildung für ei-

nen Heilberuf angesehen und war empört, als eine Patientin die ärztlichen PsychotherapeutInnen als „Schmalspurtherapeuten“ bezeichnete. Ich murmelte etwas von meiner langen Ausbildungszeit und dass Freud Arzt gewesen sei. Andererseits habe ich Notwendigkeitsbescheinigungen für PsychologInnen ausgestellt, die viele Jahre länger als ich therapeutisch arbeiteten. Das war mir zunehmend peinlich.

F.: Was war Dir peinlich?

H.: Das kam mir wie ein Unterwerfungszwang der PsychologInnen unter die ÄrztInnen vor. Ein Zwang zur Demutshaltung. Ich sollte ja für die ErstattungspsychologInnen nicht etwa Somatisches sondern die Indikation zur PT prüfen, dabei hatten die manchmal zehn oder gar zwanzig Jahre mehr therapeutische Erfahrung.

F.: Mein Groll galt vor allem den ZusatztitlerInnen, die mit Mini-Ausbildungen die Therapiegenehmigung bekamen, während wir mit großen Ausbildungen entweder außerhalb des Systems bleiben mussten (Kostenerstattung) oder „Heilhilfsperson“ (Delegationstherapeutin) wurden. Dann der provozierende Begriff „nicht-ärztliche“ Psychotherapeutin. Völlig erbost hat mich das Kompetenzgerede, obwohl es doch eigentlich ums Geld ging. Deshalb wollte ich zuerst auch keine Integration in die KV, sondern nur eine rechtliche Gleichstellung.

H.: Das PTG hat insgesamt mehr Rechtssicherheit gebracht. Aber während Ihr den ÄrztInnen wenigstens gesetzlich ein bisschen näher gekommen seid, habe ich als ärztlicher Psychotherapeut ein Stück „Heimat“ verloren und komme mir ein bisschen als „displaced person“ vor. Ihr habt etwas gewonnen, ich verloren. Unsere Berufsgruppe ist sozusagen untergegangen – trotz dieser verkrampften DGPM. Ich ärgere mich immer über den längst etablierten Begriff „Ärzte und Psychotherapeuten“. Wo bin da ich? In Wahrheit haben wir den KVen die Chance gegeben, uns durch die Begrifflichkeit auszugrenzen. Die PsychologInnen sowieso und uns ärztliche PsychotherapeutInnen gleich mit. Und dann wollen wir auch noch „deren“ Geld! „Die Ärzte und die Urologen“ – das Geschrei möchte ich mal hören. Natürlich muss es heißen: „Die Ärzte und die Psychologen“.

F.: Nie und nimmer! Wir alle sind nach dem Gesetz PsychotherapeutInnen. Es ging uns PP/KJP nicht um Konkurrenz zu Ärztlichen PsychotherapeutInnen, sondern ausschließlich um unser Selbstverständnis und den Anspruch, ein Heilberuf zu sein. Und deshalb haben wir es – anders als Du – als Erfolg erlebt, dass es in der KV „Ärzte und Psychotherapeuten“ heißt. Aus meiner Perspektive ist das ein Beitrag der somatischen ÄrztInnen zu unserer Integration in die somatisch orientierte KV.

Was das für Euch bedeutet, habe ich in dieser Weise noch nie bedacht. Das ist wirklich schwierig. Wo gehört Ihr hin? Ich finde, Ihr gehört zu uns. Aber mir ist aufgefallen, dass die ärztlichen KollegInnen sehr auf ihren Arztstatus pochen.

H.: Dass es „Die Ärzte und die Psychotherapeuten“ heißt, ist ja wohl auch von den PsychologInnen so gewollt gewesen.

F.: Natürlich, aber wie gesagt, dabei ging es um unseren Status als Nicht-Ärzte in der KV, das ging nicht gegen die Ärztlichen Psychotherapeuten. Wir PP und KJP haben natürlich viel gewonnen über die neue Berufsidentität und unsere internen Spannungen sind zurückgegangen.

H.: Aber dadurch, dass ihr diesen Begriff besetzt, habt ihr hintenherum doch, was Ihr wollt, die scheinbar alleinige Kompetenz. Ihr habt Eure Kammer ja auch „Psychotherapeutenkammer“ und nicht, wie es logisch gewesen wäre, „Psychologenkammer“ genannt. Während Ihr mit uns rivalisiert, reiben sich die ÄrztevertreterInnen die Hände.

F.: Ich habe zwei Ausbildungen, bin Psychologin und zusätzlich Psychotherapeutin. Den Titel trage ich gerne und bin stolz darauf. Ich wäre im Traum nicht auf die Idee gekommen, das als Rivalisieren mit den

Ärztlichen PsychotherapeutInnen zu sehen. Ihr hattet für Euch doch den Titel Facharzt für Psychotherapeutische Medizin herausgesucht. Apropos Rivalisieren: In den KV-Gremien fällt mir die Hackordnung auf. Die Psycho-Fächer haben das geringste Ansehen. Halten die Somatiker die Psych-Docs für Verräter der somatischen Sache? Das größte Gerangel besteht zwischen PsychiaterInnen und FachärztInnen für Psychotherapeutische Medizin. Der Narzissmus des kleinsten Unterschiedes? Das schwächt beide Gruppen ungemein. Ich hatte den Eindruck, dass ein Teil der FÄPT geglaubt hat, man habe mit den Psychologischen PsychotherapeutInnen endlich jemanden, dem man die rote Laterne zuschustern könnte. Genau das funktioniert aber nicht, wir PPs sind nämlich außer Konkurrenz. Für die meisten ärztlichen KollegInnen sind wir Exoten. Das hat allerdings auch was Positives: Wer ohnehin quasi die Gaga-Nummer hat, dem ist es nicht mehr so wichtig, was über ihn gedacht wird.

H.: Die Sache mit der Hierarchie ist ziemlich klar. Dabei könnten die ÄrztInnen doch ganz gelassen und selbstsicher sein, ihnen ist die gesellschaftliche Anerkennung sicher. Die ÄrztInnen stehen doch auf der richtigen Seite des Grabens, der noch immer zwischen somatischen und psychischen Erkrankungen durch die Gesellschaft geht.

F.: Ich finde allerdings, dass die Psychotherapie heute viel mehr öffentlich wahrgenommen wird. Und auch in der somatischen Medizin ist das ungehemmte Psycho-bashing zurückgegangen.

H.: Dann verstehe ich umso weniger, dass Ihr Euch abkapselt. Ich finde das nicht richtig. Ihr negiert auch vernünftige ärztliche Gepflogenheiten, z. B. das Berichte Schreiben.

F.: Dem Abkapseln ging voraus, dass wir ausgegrenzt wurden. KostenerstatterInnen bekamen lange ihre Therapien nur mit beherzten PatientInnen durch. Beim Delegationsverfahren korrespondierte der Gutachter mit dem delegierenden Arzt, nicht mit uns. Das war keine Einladung zum Austausch. Aber Du hast Recht, das ist Schnee von gestern. Wichtiger ist: Was halten wir voneinander? Wie unterscheiden wir uns? Was lernen wir voneinander?

H.: Ich habe früher nichts von PsychologInnen gehalten. Medizin war handfest, Psychologie Statistik und Geschwafel. Bei meiner PT-Ausbildung im Hamburger Balint-Institut saßen sie dann neben mir, und da waren die Unterschiede auf einmal gar nicht mehr so groß.

F.: Mir ging es genauso. Die Kompetenz der ärztlichen PsychotherapeutInnen habe ich erst im Beratenden Fachausschuss schätzen gelernt. Das war aber auch das erste Mal, dass ich einen kollegialen Austausch erleben konnte. Dort habe ich auch begriffen, dass die psychotherapeutische Versorgung nicht nur auf die persönliche Interaktion zwischen PatientIn und TherapeutIn ausgelegt werden kann. ÄrztInnen denken anders. Vernetzung ist für sie wichtig und selbstverständlich, sie wissen auch mehr darüber: Das ist eine andere, berechnete Kultur, hier sollten wir dazu lernen.

H.: Da entdecke ich so manchen Disput mit meiner jetzigen Supervisorin wieder. Sie muss mich immer bremsen, sie kann vieles erst mal so stehen zu lassen. Ich habe immer gedacht, ich sei einfach nicht in der Lage, wie sie Therapie zu machen. Bis sie mal sagte, ich sei eben Arzt und ganz anders ausgebildet und geprägt. Das hat meine Versagensgefühle besänftigt.

F.: Ich habe oft den Eindruck, dass ÄrztInnen ein besseres Gespür dafür haben, dass eine Krankheit einen langfristigen Verlauf hat. Sie prüfen mehr nach Indikation und Prognose. Wir überschätzen oft das Gesunde und die Wirkung von kurzfristigen Interventionen. Die subjektive erlebte Not und weniger die Gesamtprognose ist unser Anlass, dass wir helfen wollen.

H.: Helfen will ich natürlich auch. Aber ich will vor allem schnell helfen und die Symptome bekämpfen. Ursachen interessieren mich zu-

nächst gar nicht. Merkwürdig, in der Allgemeinmedizin hat mich das mehr und mehr abgestoßen: Immer nur Symptome behandeln, und nach Wochen kommt der Patient wieder mit was anderem. Es gibt in der Medizin aber auch viele Situationen, wo es um Leben oder Tod geht, und da kann man nicht lange zuwarten und überlegen. Auch so was prägt.

F.: Allerdings. Das erleben wir nur in Ausnahmefällen.

Mir ist noch ein Aspekt wichtig. Die Sicherstellung: Die Ärzte ärgern sich immer darüber, dass wir nicht sofort einen Termin anbieten, wenn sie uns jemanden schicken.

H.: Stimmt. Das kommt bei Ärzten immer so an, als ob Ihr die Rosenpicker seid. Das versteht vor allem kein Hausarzt, der am Tag sechzig Leute sieht.

F.: Das hat einen historischen Grund: in der Zeit der Kostenerstattung waren PatientInnen nicht versorgt, wir boten Plätze an, durften aber trotzdem nicht behandeln. Damals wurde uns keineswegs vermittelt, dass „Sicherstellung“ etwas Relevantes sei. Zum ändern sehen wir Psychotherapie möglicherweise mehr unter einem individualistisch-persönlichen Aspekt. Wir fühlen uns bis heute nicht ubiquitär verpflichtet, sondern nur denen, mit denen wir direkt zusammen arbeiten.

H.: Für mich klingt beim Reden über die Sicherstellung auch ein bisschen ärztliche Wichtigtuerei an. Wir sind eben die Präsenten, Zupackenden, Rettenden. Und was seid Ihr? In Wahrheit bin ich sehr unsicher geworden, was in der Medizin wirklich und dauerhaft hilft, das Schema oder der Kontakt, das Offene.

F.: Andererseits: ich bin früher über geniale Einzelinterventionen vor Stolz geborsten, habe dann aber im Verlauf gemerkt, dass sie nicht unbedingt etwas über den Therapieverlauf aussagten. Ich habe den Eindruck, dass ärztliche TherapeutInnen viel mehr über einen Gesamtverlauf nachdenken.

H.: Das hieße, dass wir mehr Druck empfinden. Da wird mir aber auch ein Unterschied zwischen uns klar: In unserer ärztlichen Prägung ist Psychotherapie lediglich eine von mehreren Therapiemöglichkeiten. Für Euch ist sie die einzige. Ich habe immer noch Pillen, Überweisungen oder das Krankenhaus im Kopf. Eine Therapiehierarchie sogar. Ihr habt nur eine Therapieform und die habt Ihr ausgebaut und verfeinert. Da bewundere ich, wie „Mittel - los“ Ihr Euch mit PatientInnen auseinandersetzt. Ich dagegen kann mich vor der Negativität und manchmal Hoffnungslosigkeit der Erkrankten bzw. Erkrankungen viel besser schützen. Dafür beneidet Ihr uns vielleicht auch.

F.: Das ist für mich der zentrale Unterschied. Aber ich erlebe es weniger als Mangel sondern als eine Chance. Wir haben nur ein einziges Instrument, nämlich das Gespräch. Wir haben – wenn Du so willst – aus der Not eine Tugend gemacht. Aber mir ist auch klar geworden, dass es Probleme gibt, bei denen muss man im Verbund arbeiten.

H.: Rivalität, Neid, Missgunst – zu den Stichworten vom Anfang sind jetzt positive Ergänzungen gekommen: Die Einsicht, dass manches aus einem anderen Blickwinkel anders aussieht, die Bereitschaft, Eingefahrenes zu überprüfen und vom Gegenüber Dinge abzuschauen und zu übernehmen, die befriedigende Erfahrung, dass es die „Gegenseite“ genauso hält. Ich wünschte mir mehr Kontakt unter uns. Du hast genauso wie ich die Erfahrung gemacht, dass Vorurteile schwinden, wenn man im gleichen Gremium, im selben Kurs sitzt, wenn man zusammen arbeitet. Wir müssen auf einander zugehen, wenn es uns wirklich um unsere PatientInnen geht. Ich finde, dass die Medizin seit langem in vielerlei Hinsicht festgefahren und in großer Not ist. Sie weiß nicht weiter. Vielleicht täte ihr und ihren ProtagonistInnen manches an Haltung und Einstellung gut, das man bei Euch ablesen kann.

Wie sich die Bilder gleichen...

Jede Integration hat ähnliche Mechanismen



Ursula Neumann

Wenn man mit der Nase nicht so ganz direkt drauf ist, springen Parallelen zwischen der Integration der Psychologischen PsychotherapeutInnen in die vertragsärztliche Versorgung und – beispielsweise – der Integration von AusländerInnen ins Auge. Wenn es sich – was ich vermute – um typische Mechanismen für jede Integrationsanstrengung handelt, lohnt sich der distanzierte Blick quasi aus Ethnologen- oder Soziologensicht.

Angst vor „Überfremdung“: Drohender Macht- und Identitätsverlust

Der Arztberuf ist erst seit knapp hundert Jahren der dominierende Heilberuf, erst so lange sind wir gewohnt, alles andere mehr oder minder als „Heilhilfsberuf“ zu sehen. Keine lange Zeit für ein Monopol, aber lange genug, damit sich „die Ärzte“ an den für sie angenehmen Zustand gewöhnt haben. Dass sie sich schwer tun, ihn aufzugeben, ist verständlich. Denn neben der Machtposition bietet das Monopol auch eine stabile „corporate identity“. „Mir san mir“ – und das „Fremde“ ist draußen. Dort darf es sein und wird vielleicht sogar genauso pittoresk erlebt wie ein türkisches Fischerdorf. Prekär wird es, wenn die türkischen Fischer an der Tür klingeln und Eintritt verlangen. Das ist die Zeit der Stammtisch-Abwehrreflexe. „Postgraduierte Unterstufenlehrer“ wurden die PPs tituliert; ihr „Schmalspurstudium“ sei das „übliche Psychomaten-Gebrabbel, garniert mit etwas Statistik, und nicht einmal das richtig. Praktische Kompetenzen gleich null.“ Solche Arroganz wird zwangsläufig gekontert mit dem Verweis auf den Erwerb des ärztlichen Psychotherapiezusatztitels während eines Wochenendes am Bodensee. Aber noch Jahre nach dem PTG verbittet sich eine Ärztin in einem Ärzteforum die „Diskussion von Honorarproblemen des medizinischen Hilfspersonals“. Damit waren wir gemeint. Ganz klar: „Wir da oben – Ihr da unten.“

Das Integrationsmodell wurde von der KBV-Vertreterversammlung mal gebilligt, mal abgelehnt und dann wieder gebilligt. Die Gegner argumentierten „Das ärztliche Selbstverständnis wird grundlegend erschüttert, indem Nicht-Ärzte den Ärzten gleichgestellt werden“ und „Mit der gesetzlich bestimmten (Zwangs-)Integration von Nicht-Ärzten in die Ärztliche Selbstverwaltung wächst die Gefahr, dass Nicht-Ärzte zu-

nehmend mehr über ärztliche Belange entscheiden.“ Integration wird als „Zeitgeist-Blase“ und ein „besonders tückisches, von innen her wirkendes Stück Fremdbestimmung“ deklariert. Die Angst geht um: Die PPs werden uns noch alle dazu zwingen, Kopftücher zu tragen.

Aber es gab auch Stimmen, die auszusprechen wagen, dass es nicht nur um „Selbstbestimmung“ geht: „Wir diskutieren hier nicht über die Psychotherapie, sondern über die Furcht, Macht zu verlieren“, meinte ein KBV-Delegierter.

Bevor die PPs sich moralisch über ihre ärztlichen KollegInnen erheben, hätte ich gerne die Frage beantwortet: Wenn SozialpädagogInnen, Ergo- und LogotherapeutInnen vor der Tür stünden, würden sie sagen: Nur hereinspaziert? 1980 praktizierten in der Richtlinien-Psychotherapie knapp 1000 PPs und KJPs, 2002 waren es 14000. Natürlich sind sie für die Versorgung bitter notwendig und natürlich waren die meisten auch schon vorher da – allerdings eben als KostenerstatterInnen „unsichtbar“. Trotzdem: es ist eine enorme Integrationsleistung, die da abverlangt wurde und wird. Das sollte einen milder stimmen gegenüber niveaulosen Reflexen von Teilen der Ärzteschaft. Wer drin ist, hat nun mal eine andere Perspektive als die, die rein wollen.

„Das Boot ist voll“: Existenzbedrohung

Neben Macht und Ansehen geht es auch ums Geld. Vielleicht ist die Reihenfolge auch umgekehrt. Keine Frage, die Kassen tricksten übel mit den Zahlen der KostenerstatterInnen. Keine Frage auch, für die KV-Obersten waren und sind die PPs ein höchst willkommener Sündenbock, um die Wut über Einkommensverluste umzulenken. Die Docs reagieren hier nicht anders als das tumbe Volk, das abfährt auf Parolen à la „während der ordentliche Bürger hart arbeitet, wird den Asylanten, Sozialhilfeempfängern alles hintenrein geschoben“. Das Psychotherapeutengesetz kam just zu einem Zeitpunkt, als es mit den Arzthonoraren bergab ging. Auch wenn „bergab“ relativ ist, bestimmend ist der „gefühlte“ Einkommensverlust. Entsprechend katastrophierend hieß es „persönliche Existenzen werden vernichtet“ und ein „gnadenloser Verteilungskampf“ ausgelöst. „Uns erwartet hier eine Flut von Niederlassungsbegehren.“ Umgekehrt waren auch die PPs nicht zimperlich und pflegten ihre Vorurteile. Es ginge den Ärzten bei der Ausgrenzung der Psychologen nur darum, „die überaus reich gefüllte Pfründe zu sichern“ Ein anderer meinte gar: „Ist Ihnen klar, wie viele Arztvillen auf den uns Diplom-Psychologen vorenthaltenen Honoraren erbaut sind? Ist Ihnen wirklich entgangen, dass an den Steinen Ihres Hauses Blut klebt?“ O je!

Projektion und Externalisierung eigener Konflikte

Die „ärztliche Psychotherapie“ ihrerseits war selbst Stiefkind. Ein Blick in die Geschichte lehrt, wie mühselig es war, sie halbwegs zu etablieren, sie auch nur in einer sich bis in die 80er Jahre ausschließlich biologisch verstehenden Psychiatrie zu verankern. Wenn die PP sich gerieren, als finge mit ihnen die Geschichtsschreibung an, brauchen sie sich über manche schroffe Reaktion nicht zu wundern. Seelendoktoren – egal welchen Facharztstitel sie führen – genossen und genießen in KollegInnenkreisen eine geringe Reputation; was sich auch am Einkommen ablesen lässt. Großzügigkeit und Toleranz gedeihen aber leichter, wenn man selbst ein gutes Polster hat. Die Unfreundlichkeiten der Psycho-Arztgruppen gegen die PPs unterscheiden sich in nichts von den Animositäten zwischen anderen hinsichtlich von Sta-

tus und Finanzen am Ende der Skala dümpelnden Gruppen. Im Villenviertel lässt es sich leicht für die Integration der Ausländer sein. Anders, wenn man mit ihnen direkt um Arbeit und Wohnraum konkurriert. Da kommt Angst auf, egal wie realistisch oder nicht. So wurde befürchtet, dass „die so genannte Integration zur Gefährdung, wenn nicht gar Vernichtung der ärztlichen Psychotherapie führt“.

Daneben geht es aber auch um eine Identitätsfrage. Was den ärztlichen PsychoanalytikerInnen und FÄ für psychotherapeutische Medizin widerfuhr, klingt nach dem Satz der Russlanddeutschen „In Russland waren wir Deutsche und in Deutschland sind wir Russen.“ In dem Artikel des Nervenärztebundes „Das Psychotherapeutengesetz oder der Abgesang ärztlicher Psychotherapie“ wird der damalige KBV-Vorsitzenden Schorre zitiert, der von „zwei Berufen“ spräche, „dem der ‚Ärzte‘ und dem der ‚ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten‘“. Es heißt weiter: „Der ärztliche Psychotherapeut ist für den KBV-Vorsitzenden kein Arzt mehr, und war es wahrscheinlich noch nie.“ Eine Chirurgin brachte es auf den Punkt: „An ärztliche Psychotherapeuten: Arbeiten Sie als Arzt, sind Sie Kollege. Arbeiten Sie als Psychotherapeut, sind Sie es nicht.“

Auf die PPs werden Breitseiten abgefeuert, sie könnten, „die schweren psychischen Leiden nicht einmal von Ferne beobachten.“ Deshalb würden nicht mehr „die wirklich gravierenden neurotischen Krankheiten ...behandelt, sondern oft Befindlichkeitsstörungen ohne eindeutigen Krankheitswert... Diese Missstände müssen aufhören. Sie gehen zulasten (m)einer kleinen Fachgruppe von Neurologen und Psychiatern, die sich ernsthaft bemüht, für die schwerer psychisch kranken und suizidalen Patienten präsent zu sein, die aber... wirtschaftlich zugrunde gerichtet wird.“ Das gemeinsame Feindbild PP verkleistert nur mühsam das Hauen und Stechen der Psycho-Arztgruppen untereinander. Was von den PP-Verbänden geschrieben wurde, traf auch hier zu: „Selbst Experten verlieren langsam den Überblick, welcher Verband gerade mit welchem Verein gegen welche Organisation kämpft“.

Das Ghetto als Verlockung, die Diffamierung der „Verräter“

Die Gegner der Integration fanden sich nicht nur bei denen, die sich vor hereinbrechenden Fluten fürchten. Keineswegs alle, die „draußen“ waren, sahen es als erstrebenswert an, „rein zu kommen“. Die Angst vor Identitätsverlust, die Angst, verschluckt und über den Tisch gezogen zu werden, bei den Funktionären die Angst vor Machtverlust, ist bei den „AusländerInnen“ nicht prinzipiell anders als bei den PPs. Angefangen hatte es vielleicht schon damit, dass die ärztlichen AnalytikerInnen in den 60er Jahren keineswegs alle für die Einführung der Richtlinienpsychotherapie waren, vielmehr wurden die Promotoren Dührssen und Schwidder „auf das Nachdrücklichste angegriffen“. Integration und „reine Lehre“ schließen sich eben aus. Aus demselben Grund gab es von Seiten der Kostenerstatter später Zunder für die, die sich als „Heilhilfspersonen“ im Delegationsverfahren verdingten: „Um an die Kassentöpfe zu gelangen, haben die tiefenpsychologischen und psychoanalytischen Diplom-PsychologInnen ihre akademische, geistige, berufliche und wirtschaftliche Unabhängigkeit aufgegeben und damit das Medizin-Monopol objektiv gestärkt.“ Ver-

räter der eigenen Sache, Kollaborateure. Nützliche Idioten heißt das wohl. Die so Angegangenen beantworteten das z. T. mit Verachtung gegenüber den „Sans-papiers“. Die „Legalisierung“ der „illegalen“ KostenerstatterInnen wurde entsprechend von den Delegationspsychotherapeutinnen nicht nur jubelnd mit „endlich vereint“ begrüßt, sondern auch mit Ressentiment: „Die Ministerien hofieren die Kostenerstattungs-Psychologen“ hieß es, von „Gratis-Aufnahme“ und „kurzsichtiger Klientel-Politik“ ist die Rede.

Diskriminierungen und Kränkungen von Seiten der Ärzteschaft bekamen die ErstatterInnen sicher mehr zu spüren als die KollegInnen im Delegationsverfahren (obwohl... auch ich könnte da Geschichten erzählen). Wer viele Diskriminierung erfahren hat, wittert überall Benachteiligung und Intrige. Verständlich, aber mit fatalen Folgen, denn man verärgert mit der Neigung zur Paranoia auch Wohlmeinende. Was manchen Leitwölfen nur recht ist. Denn sie profitieren davon, wenn das Ghetto als eine erstrebenswerte Lösung erscheint. Um das Rudel zusammenzuhalten, werden einerseits Ängste vor „den andern“ geschürt, andererseits Abweichler diskriminiert: Integration führe dazu, dass man „von den Interessen der Ärzteschaft dominiert“ werde. Den integrationswilligen PPs gehe es nicht „um eine gute Versorgung der Bevölkerung... sondern nur ums Geld.“ Die Erkenntnis, dass in der KV „höchstens zehn Prozent der Delegierten aus den Reihen der Psychologen gestellt werden können“ führte nun vice versa bei den PP zu Überfremdungsängsten, weshalb sich etliche Verbände am liebsten in Form einer „Kassenpsychotherapeutischen Vereinigung“ selbständig machen wollten. Das wäre nicht wenigen ÄrztInnen sehr entgegengekommen. Les extrêmes se touchent – wie so oft.

Andererseits: Gerade bei denen, die besonders Wert darauf legten, sich und die Ihren von der Ärzteschaft fern zu halten, ist die Orientierung an den ärztlichen Rechten und Befugnissen besonders eklatant. Da wird gefordert, AU-Bescheinigungen ausstellen, ins Krankenhaus einweisen, Soziotherapie usw. anordnen zu können. Ausdruck des Selbstbewusstseins oder des Unterlegenheitsgefühls?

Die Pflichten der „Neuen“

Eine letzte Parallele zur den Problemen bei der Integration der AusländerInnen – und hier fasse ich mich an der eigenen Nase. Der bvvp hat immer unbeirrt an dem Ziel der Integration „ins System“ festgehalten. Nun bin ich seit sieben Jahren drin. Aber wie steht es um meinen aktiven Beitrag zur Integration? Natürlich, ich mache meine Arbeit und rechne korrekt ab. Aber ein bisschen habe ich mich die Jahre über so verhalten, wie die AusländerInnen, die wenig Bereitschaft zeigen, die Sprache und die Gepflogenheiten der neuen Heimat kennen zu lernen und zu übernehmen, sondern die meinen, wenn sie ihre Steuern zahlen und sich nichts zuschulden kommen lassen, hätten sie genug getan. Dass die, die neu hinzukommen nicht nur Fairness und Respekt (und ein bisschen Hilfestellung?) erwarten dürfen, sondern dass sie auch eine Bringschuld an Anpassungsleistung haben – das ist mir während der Arbeit an diesem Heft deutlich geworden. Hier die eigenen Pflichten zu erfüllen, hat nichts mit Aufgabe der eigenen Identität zu tun.

URSULA NEUMANN

Wer bis hierher alle Beiträge brav durchgelesen hat, darf zur Belohnung ins Theater: Ortwin Löwa in den Fußstapfen von B. B..

Aufstieg und Krise des Siedlungsprojekts „Integration“

Drama mit offenem Ende



Ortwin Löwa

Darsteller: Psychos, Somatiker, Gesundheitssystemabschnittsbevollmächtigte, Frau Schmidt, zwei ICD 10 F 31 identifizierte Patienten.

Die Szene öffnet sich in der Abenddämmerung. Im Nieselregen sieht man eine Neubausiedlung, in der allerlei Bauwerkzeuge herumliegen. Die Beschilderung der Straßen und der Wohnquartiere ist noch unvollständig. Man liest Beschriftungen wie: Richtlinienweg, Straße der Effizienz, Versorgungskontrollamt.

Auf Rasenflächen stehen Schilder mit Aufschriften wie: „Wo man therapiert, da lass dich ruhig nieder“. „Die Hoffnung stirbt zuletzt“. „Hier wächst, was zusammen gehört“.

Vor dem Eingang zur Siedlung drängen sich Menschenkolonnen. An der Spitze steht ein Vortrupp mit einem Transparent: „Psychologische Avantgarde“.

1. Psycho: Warum geht es nicht weiter?

2. Psycho: Offenbar sollen wir uns hier niederlassen.

1. Psycho: Ja, dann sind wir endlich angekommen.

Per Megafon werden hektische Anweisungen gegeben. In den Kolonnen der Wartenden entsteht Bewegung. Transportfahrzeuge werden aufgereiht. Auf ihnen stehen vielfältige Werbebanner: „Seelenreinigung Blitzblank“ – „Wir lassen tief blicken“ – „Aussprechen leicht gemacht“ – „Nimm der Angst den Schrecken“ – „Tu dir keinen Zwang an!“ – „Tabletten – das war gestern, heute entscheidet der Mensch!“ – „Hier werden Sie aufgestellt!“

1. Gesundheitsbevollmächtigter: Die Integrationsquartiere stehen jetzt zum Einzug bereit. Bitte die qualifizierten Therapeuten, sich im Versorgungskontrollamt, Richtlinienweg 1 zu melden. Sie werden dort ihrem Versorgungsgebiet zugewiesen.

Für Nicht- oder unzureichend Qualifizierte, sowie Heilpraktiker, Lebensberater, Kartenleger und andere hat der freie Nachfragemarkt

in unserem Randgebiet geöffnet. Wir bitten um Verständnis, wenn es dort etwas Gedränge gibt.

1. Psycho: Endlich selbständig und frei.

2. Psycho: Vor allem anerkannt. Mal sehen, welche Miene die Pillenfuzzis und Apparatekings machen werden.

1. Psycho: Ja, die hilflosen Helfer in Weiß. Können sich ja bei uns aussprechen. Wozu sind wir denn jetzt da?

2. Psycho: Vorsicht vor aggressiven Übertragungen. Außerdem: Wir hätten ja auch im eigenen Laden noch einiges im Keller.

1. Psycho: Ja, ja: Spieglein, Spieglein an der Wand, wer ist effizientester Therapeut im Land.

2. Psycho: Das kann noch heiter werden. Jetzt aber heißt es erst einmal Punkte sammeln.

1. Psycho: KV, KV, öffne deine Kassen weniger als 10 Pf. kannst du bleiben lassen!

2. Psycho: Wo du recht hast, hast du recht:

KV, KV,

Wir machen's nicht für lau.

Beide betreten pfeifend ihre neuen Praxen.

Die Nachricht von den neuen Niederlassungen erreicht die Gebiete der alteingesessenen Somatiker. Man trifft sich zur Aussprache in den üblichen Clubs. Die Stimmung ist gereizt.

1. Somatiker: Wer hat aus meinem Honorartopf gelöffelt?

2. Somatiker: Wer hat an meinem Budgetkuchen geknabbert?

3. Somatiker: Die Psycho-Mitesser sind unser Ruin!

1. Somatiker: Diese ganze Psychogeschichte ist doch letztlich nur eine Hilfswissenschaft. Was zählt, ist der Körper!

2. Somatiker: Genau, auf meinen Röntgenbildern habe ich noch nie eine Seele gesehen. Ha, ha.

3. Somatiker: Nun ja, Gefühle spielen sicher auch eine Rolle. Aber erst mal sag ich: Zusammenreißen, Disziplin, gesunde Lebensführung – das hebt doch schon die Stimmung. Was soll das jahrelange Gewühle in der frühen Kindheit. Dieses ewige Gerede. Kommt ja doch nichts dabei heraus.

1. Somatiker: Genau, da fällt dem Postmann ein Päckchen auf den Kopf und schon ist er traumatisiert und will verrentet werden. Alles nur familienbedingte Wehleidigkeit.

2. Somatiker: Und vor Gericht gab es früher noch kernige Diagnosen und nicht diese psychosozialen Mitleidskisten. Über eine Kindsmörderin hieß es da noch klipp und klar: „Es handelt sich um eine gemütlöse und willensschwache, leicht schwach begabte Psychopathin ohne Mitleid, Scham, Reue, Gewissen, im Wesen kalt und mürrisch, in ihren Handlungen meist triebhaft und brutal. Ihr strafbares Handeln wird als Ergebnis angeborener Veranlagung und ihrer Erziehung betrachtet. Die Frage, ob aufgrund dieser Persönlichkeitsmängel ihre Fähigkeit der Unrechtseinsicht vollständig oder erheblich gemindert gewesen sein könnte, wird mit unbedingter Sicherheit verneint; als dringend erforderliche Sanktion wird eine Freiheitsstrafe angesehen, durch die vielleicht eine Resozialisierung erreicht und ein späterer Rückfall vermieden wird.“

1. Somatiker: Richtig! Wegsperrten für immer!

2. Somatiker: Und diese Punkteräuber aussperren!

Am Rande der Psychoquartiere versammeln sich erregte Somatikergruppen. Auf Plakaten ist zu lesen: KV, KV, gib uns unsere Honorare wieder! Niederlassungsverbot für Budgetschmarotzer! Neurosen sind Privatsache!

Es erscheint Frau Schmidt

Schmidt (mit lauter Sirenenstimme): Kolleginnen und Kollegen! Nun machen Sie mal einen Punkt! Sie wollen doch nicht im Ernst einen Strich unter die Integration ziehen?

Gruppe der Somatiker: Doch! Genau! Strich ziehen! Punkt setzen! Strichpunkt!

Schmidt: Wat wär dat schade um den Aufwand! Bedenken Sie doch, meine Damen und Herren! Die Globalisierung stellt uns vor ganz neue Aufgaben. Wettbewerbstechnisch. Wer nicht integriert, verliert! Oder ist Ihnen eine feindliche Übernahme lieber? Darum: Hand in Hand mit Sachverstand! Hier ein Projekt psychologisch begutachtet, dort ein Programm medizinisch kontrolliert, oder umgekehrt, Hauptsache über Fördermittel abgerechnet – ein Löffel für den Psycho, ein Bissen für den Somatiker.

Psychos und Somatiker gemeinsam: Und von wem holen wir uns die Mittel?

Frau Schmidt: Richtig! Ich sehe, Sie denken mit! Sie kennen ja die Volksweisheit: Was nichts kostet ist nichts wert! Folglich: Was mehr kostet ist mehr wert! Und darum: Das Geld nehmen wir von den lieben Patienten. Dann haben sie unser System noch mehr lieb... (*sich suchend umschauend*) Aber wo sind sie denn? Wo sind sie denn nur?

Alle schauen sich um. Von Patienten keine Spur. Zwei ICD 10 F 31 identifizierte Kranke haben sich verdrückt.

1. Kranker: Man könnte depressiv werden, wenn man es nicht schon wäre.

2. Kranker: Wie wär's mit einem manischen Schub: Wir sind das lächelnde Deutschland!

1. Kranker: Ich habe da von einem Selbstmörder gehört, der aus einem Hochhaus sprang und von Stockwerk zu Stockwerk sagt: Bis hierher ist es noch gut gegangen.

Beide gehen mit hysterischen Lachen ab. In der Siedlung erlöscht das Licht.

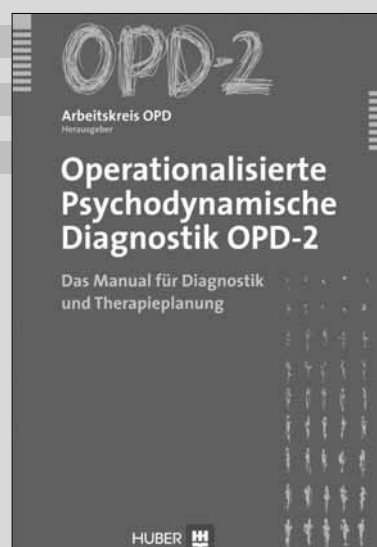
ORTWIN LÖWA

Besuchen Sie auch die
bvvp-Homepage

www.bvvp.de

Während das bvvp-Magazin
«fürs Grundsätzliche»
zuständig ist,
finden Sie dort die
aktuelle Berichterstattung.

OPD-2: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung



2006. 504 S., Abb., Tab.,
Gb € 49,95 / CHF 79,00
(ISBN 3-456-84285-6)

Arbeitskreis OPD (Hrsg.)

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2

Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung

Die neue Version OPD-2 wurde von einem rein diagnostischen Instrument zu einem Instrument für die Therapieplanung und die Veränderungsmessung weiterentwickelt. Dazu gehören die Bestimmung von Therapieschwerpunkten und der Entwurf darauf abgestimmter Behandlungsstrategien.

Die OPD-2 ermöglicht jetzt eine
Therapieplanung durch die Bestimmung
von Schwerpunkten.

www.verlag-hanshuber.com

HUBER



Das Integrationsmodell ist alternativlos

Interview mit dem Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer Prof. Dr. Richter



Rainer Richter

Ein Verfechter des Psychotherapeutengesetzes als Integrationsmodell ist der Präsident der Bundestherapeutenkammer, Prof. Dr. Rainer Richter. Richter ist von Haus aus Psychologe und Psychoanalytiker. Er hat sich in den Fächern medizinische Psychologie und Psychosomatik habilitiert. Seit 1992 ist er Professor an der Universitätsklinik Hamburg Eppendorf. Sozusagen die Integration in Person.

Das Psychotherapeutengesetz wurde als Integrationsmodell eingeführt, um unter dem Dach der KVen insbesondere die Psychologischen Psychotherapeuten in die Gesundheitsvorsorge einzubinden, wobei auch die Möglichkeit bestanden hätte, dass Letztere eigenständig mit den Kassen hätten abrechnen können. War diese „Integration“ also zunächst nur eine organisatorische Lenkungsmaßnahme?

Das Integrationsmodell ist alternativlos. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die gesundheitlichen Probleme, für die westliche Industrienationen Lösungen suchen. Die Zunahme psychischer Erkrankungen und die wachsende Multimorbidität erfordern eine interdisziplinäre Versorgung, die gleichermaßen somatische und psychische Erkrankungen erkennen kann und in der Lage ist, mit abgestimmten Versorgungskonzepten zu reagieren. Verträge zur integrierten Versorgung, aber auch die Flexibilisierung und Liberalisierung des Vertragsarztrechtes können die notwendige Kooperation zwischen Psychotherapeuten und Ärzten fördern. Die

gemeinsame Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung und der gemeinsame Einsatz für eine angemessene Vergütung in den KVen sind schon heute Zeichen einer sich stabilisierenden Kooperation.

Wenn Sie die Entwicklung des Miteinanders von Psychotherapie und medizinischer Versorgung bis heute betrachten, erkennen Sie eher Konfrontation, vielleicht Zusammenarbeit oder im Wesentlichen eine mehr oder minder gelungene Aufteilung des „Marktes“?

Für das Miteinander von Psychotherapie und Medizin lässt sich noch Einiges tun. Zum Beispiel gehen Teile der Selbstverwaltung der Ärzte davon aus, dass Berufsausübungsgemeinschaften nicht zwischen Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten möglich sein sollen. Wir allerdings sind der festen Überzeugung, dass z. B. für Kinder eine Kooperation im Sinne einer Teilleistungsberufsausübungsgemeinschaft zwischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinderärzten ein großer Fortschritt für die Versorgung ist. Das Gleiche gilt für Erwachsene. Ich verweise auf Onkologie oder Orthopädie. Der Blick auf die inhaltliche Arbeit wurde in letzter Zeit manchmal überlagert durch die intensive Diskussion der Honorierungsfrage. Hier haben Psychotherapeuten erfahren müssen, dass Mehrheit Mehrheit ist und Recht nicht immer Recht ist, wenn die Mehrheit die Gelegenheit nutzt, Gesetze in ihrem Sinne zu interpretieren. Wir denken, dass durch das Urteil des Bundessozialgerichtes diese Phase bald abgeschlossen ist. Wir können beginnen, gemeinsam auf die Versorgungsaufgaben zu blicken und werden die Chancen neuer Versorgungsformen im Interesse unserer Patienten gemeinsam nutzen.

Sehen Sie die Psychotherapie in ihrer Kompetenz als eigenständige Heilbehandlung von der somatischen Medizin ausreichend anerkannt oder bestehen immer noch traditionelle Vorbehalte?

In der Medizin gibt es eine breite Diskussion um evidenzbasierte Leitlinien. Jeder Mediziner, der sich hieran orientiert, wird z. B. bei der Behandlung depressiver Patienten nicht auf eine Kooperation mit Psychotherapeuten verzichten wollen. Eine qualitätsgesicherte Versorgung psychisch kranker, aber auch somatisch kranker Menschen ist ohne Psychotherapie nicht denkbar. Ich bin sehr zuversichtlich, dass sich diese Erkenntnis in den Reihen der Ärzteschaft durchsetzt.

Wie sehen Sie die Zukunft? Kann es trotz der bestehenden tendenziellen Zersplitterung – meine Praxis, meine Methode, mein Verband, mein Budget – übergreifende Konzepte geben, etwa in der Beteiligung der Psychotherapeuten an Disease-Management-Programmen?

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verstehen sich in erster Linie als Psychotherapeuten, die mit unterschiedlichen Verfahren und Methoden ge-

meinsam vor allem ein Ziel haben: eine qualitätsgesicherte Versorgung psychisch kranker Menschen. Wenn Disease-Management-Programme so ausgestaltet sind, dass sie diesem Ziel dienen, werden Psychotherapeuten sich mit Sicherheit daran beteiligen.

Der bvvp vertritt einen fachübergreifenden, nicht nur formal integrativen Ansatz. Ist das ein vergebliches Ideal?

Der Einsatz für integrierte, abgestimmte Versorgung ist mit Sicherheit dringend geboten, damit das deutsche Gesundheitssystem adäquat auf die Versorgungsprobleme der Zukunft reagieren kann. An einer interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychotherapeuten führt kein Weg vorbei. Ich gehe davon aus, dass wir im Interesse unserer Patienten einen gemeinsamen Weg finden und gegenseitig von diesem Miteinander profitieren können.

Der Integrationsprozess ist unumkehrbar

Interview mit Wolfgang van den Bergh, Redakteur der Ärztezeitung



Wolfgang van den Bergh

Das Psychotherapeutengesetz ist eine komplizierte Materie, an der Jahrzehnte lang gearbeitet wurde. Eine politische Analyse verlangt den ausgefuchsten Fachmann. Der Politologe Wolfgang van den Bergh hat die Entwicklung als Redakteur der Ärztezeitung intensiv beobachtet. Seit 2001 leitet er das Ressort Gesundheitspolitik. Seit 2005 ist er stellvertretender Chefredakteur.

Welche politischen Motive spielten eine Rolle, durch das Psychotherapeutengesetz die psychologischen Psychotherapeuten in das Selbstverwaltungssystem der KVen einzugliedern?

Die Hektik, mit der heute gesetzgeberische Initiativen zur Reform des Gesundheitswesens unternommen werden – im Schnitt alle zwei Jahre eine neue Reform oder besser gesagt, ein Kostendämpfungsgesetz – galt nicht für das im Januar 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz. Erste politische Überlegungen, die psychotherapeutische Versorgung zum Bestandteil der GKV zu machen, hat es bereits zu Beginn der 70er Jahre gegeben. Vorher

wurde grundsätzlich darüber debattiert, inwiefern psychotherapeutische Leistungen überhaupt Bestandteil des GKV-Leistungskataloges sein sollen. Eine solche Diskussion, zumindest über die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, haben wir erneut Ende 2001 und Anfang 2002 miterleben müssen. Auslöser waren entsprechende Äußerungen des damaligen rheinland-pfälzischen Gesundheitsministers Florian Gerster – übrigens selbst Diplom-Psychologe. Das Thema ist (vorerst) vom Tisch.

In den 70er, 80er und 90er Jahren hat es zwar eine Reihe von Regelungen gegeben, die neben ärztlichen Psychotherapeuten auch Diplom-Psychologen und vereinzelt anderen Berufsgruppen das Recht zusprachen, Patienten auf Kosten der GKV psychotherapeutisch zu behandeln. Es misslang jedoch der Versuch, die Gruppen zusammenzuführen und ein Gesetz im Einvernehmen zu verabschieden. Knackpunkt zum Beispiel: Ein eigenständiges Vertragsrecht für die Verbände der Psychotherapeuten haben Ärzte stets abgelehnt. Also begann die Suche nach einem Kompromiss: Die Lösung war schließlich das „Integrationsmodell“ – eine aus meiner Sicht überschätzte und oft fehlinterpretierte Wortkreation. Denn hinter dem „Integrationsmodell“ verbirgt sich zunächst nur, daß für ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten Inhalt und Vergütung der psychotherapeutischen Behandlung mit den Kassen zu vereinbaren sind – selbstverständlich mit allen dazu verbindlich geregelten Qualitätssicherungs-Instrumenten. Integration ist ein Prozess, der sich gesetzlich nicht diktieren lässt.

Das Gesetz kam zu einem Zeitpunkt, als durch die Budgetierung der Verteilungskampf in der Ärzteschaft entbrannte. Hat dies der Akzeptanz der psychologischen Psychotherapeuten (ungeliebte Mitesser!) geschadet?

Genau das ist das Problem. Vor allem in der zweiten Hälfte der 90er Jahre hatte sich der Konflikt um Honoraranteile zwischen Haus- und Fachärzten massiv verschärft. Dass diese Auseinandersetzungen auch zu einem Problem für die Integration der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden könnte, wurde zunächst nicht erkannt. Man glaubte, die von den Krankenkassen zu leistenden Transferzahlungen reichten für die neuen Kolleginnen und Kollegen aus. Doch genau das Gegenteil war der Fall: Mit etwa 1,3 Milliarden DM sollten knapp 15 000 Therapeuten bezahlt werden. Es war der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten, der vehement gefordert hatte, den Topf um 600 Millionen DM aufzustocken. Ein Blick auf die Punktwerte im ersten Quartal 1999 zeigt das Problem. Die Punktwerte lagen deutlich unter 10 Pfennig – in den neuen Bundesländern lagen sie nur zwischen 3,3 und 6,4 Pfennig. Es hat immer wieder höchstrichterliche Entscheidungen gegeben, in denen die KBV dazu aufgefordert wurde, die Berechnungsformeln zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen nachzubessern – mit mäßigem Erfolg. Weitere Prozesse folgten.

Steckt hinter der Ablehnung der psychologischen Psychotherapeuten durch somatische Mediziner noch mehr als nur der Kampf um den Futternapf?

Ich denke, dass der Streit ums Geld, oder wie Sie es formulieren „um den Futternapf“ das Hauptproblem darstellt. Zweifel an der Anerkennung der Arbeit der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kann ich aus meiner Erfahrung heute nicht mehr feststellen. Das mag in den beratenden Fachausschüssen der Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV anders sein. Zu denen hat die Öffent-

lichkeit jedoch keinen Zutritt. Die Akzeptanz der Kolleginnen und Kollegen ist sicherlich im Laufe der vergangenen sieben Jahre gewachsen. Vor einer echten Integration kann allerdings noch immer keine Rede sein. Dabei darf auch nicht verschwiegen werden, dass die Vielstimmigkeiten bei den Therapeutenverbänden den Prozess der Integration nicht unbedingt beschleunigt hat.

Was müsste geschehen, damit aus bestehende Aversionen eine integrative Zusammenarbeit wird?

Die besten Programme und Projekte werden nicht dazu beitragen, die Integration zwischen Ärzten und Therapeuten voranzutreiben. Es wäre auch zu kurz gesprungen, würde man meinen: Löst man die Honorarprobleme, dann klappt es auch mit der Integration. Sicherlich: Die Idee, einen eigenen Honorartopf für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen zu bilden, hat einen gewissen Charme. Vergütungsanteile müssten nicht aus dem Topf der Fachärzte genommen werden. Ein dritter Topf würde aber nicht automatisch dazu führen, dass die Krankenkassen plötzlich bereit sein würden, mehr Geld für die psychotherapeutische Versorgung auszugeben. Ein weiteres Problem käme hinzu: Wie sollte ein solcher dritter Topf finanziell zugeschnitten sein? Befürchtungen sind berechtigt, daß etwa die alten Rechenfehler aus dem EBM und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses zu einer finanziellen Unterdeckung führen könnten.

Entscheidend ist vielmehr die Frage: Können die positiven Impulse zur Solidarität, wie sie in vielen Ärzteprotesten in den vergangenen Wochen und Monaten deutlich geworden sind, auch auf die Integration von Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten übertragen werden? Für eine enge konstruktive Zusammenarbeit wäre ein solcher Prozess sicherlich förderlich.

Wie sehen Sie in diesem Zusammenhang das Konzept des bvvp?

Der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten hat nachweislich immer wieder dazu beigetragen, dass die Integration der Therapeuten auch tatsächlich umgesetzt wird. Das hängt mit dem Selbstverständnis des Verbandes zusammen, in seinen eigenen Reihen „ärztliche“ und „nicht-ärztliche“ Psychotherapeuten zu integrieren. Vertreterinnen und Vertreter des bvvp haben stets versucht, gegen die finanzielle Benachteiligungen der gesamten Berufsgruppe vorzugehen. Der Bundesverband hat dabei die Auseinandersetzungen mit der KBV um angemessene Ho-

norare nie gescheut und die bundesweiten Klageverfahren initiiert und koordiniert. Die höchstrichterlichen Entscheidungen dazu sind bekannt.

Es wird weiterhin darum gehen, die Repräsentanz der Therapeuten in den Gremien der Ärzteschaft auszubauen. Der Integrations-Prozess lässt sich nicht mehr aufhalten und ist unumkehrbar. Dabei geht es auch um Vertrauen, das wachsen muss. Permanent in der Angst zu leben, man könnte über den Tisch gezogen werden, würde dem Prozess der Integration extrem schaden.

Prof. Hoppe: Integration der Psychotherapeuten kein Thema

Leider müssen wir zum Schluss ein bisschen Wasser in den Integrationswein gießen. Wir haben uns überlegt, ob wir die Reaktion des Vorsitzenden der Bundesärztekammer auf unsere Bitte, zur Frage der Integration der Psychotherapie Stellung zu nehmen, einfach unter den Tisch fallen lassen sollen. Aber es schien uns besser, auch diesem Teil der Realität Raum zu geben:

Trotz mehrfacher Versuche, eine Antwort von Prof. Dr. Hoppe zu bekommen, blieb es bei der lapidaren Feststellung durch seinen Pressesprecher, Integration der Psychotherapeuten sei für die Bundesärztekammer kein Thema, außerdem sei man sehr mit der Gesundheitsreform beschäftigt.

Wir meinen: angesichts der Tatsache, dass neben dem Streit um die Honorare auch immer wieder Vorurteile, Spannungen, Missverständnisse zwischen ÄrztInnen und psychologischen PsychotherapeutInnen wahrnehmbar sind, eine reichlich dürftige Reaktion. Ob man den Konflikt um die Integration durch schlichte Verleugnung lösen kann? Der bvvp hat sich mit klaren und starken Worten hinter den letzten Ärztestreik gestellt. Wir verstanden das als ausgestreckte Hand im Sinne der Integration. Denn wir sind überzeugt: gerade in der derzeitigen politischen Situation darf niemand denen in die Hand spielen, die uns auseinander dividieren wollen. Die Schwierigkeiten werden entweder gemeinsam oder gar nicht bewältigt.

Ortwin Löwa

Aufmerksamkeit

erlangen Sie hier schon ab 120,- €*

Bewerben Sie Ihre Veranstaltungen,
Dienstleistungen und Produkte im bvvp-Magazin.

* So viel kostet nämlich eine Anzeige in der Größe von 1/6 Seite. Eine ganze Seite kostet 640 €. Eine Beilage nur 120 € pro 1000 Stück. (Preise zzgl. MwSt.)
Damit erreichen Sie über 4000 niedergelassene Psychotherapeuten und zahlreiche weitere Mitglieder der *Szene*. Also pro Leser schon ab 3 Cent.
Weitere Informationen in unseren Mediadaten unter: www.bvvp-magazin.de



DAS FINDEN WIR GUT

Auch das ist Integration

11. Kongress „Armut und Gesundheit“ in Berlin

Vielleicht funktioniert Integration am besten, wenn man gemeinsam ein komplexes Problem hat. Der Wille zur Lösung stellt den emotionalen Kitt eines Wir-Gefühls her; die Mehrdimensionalität des Problems zwingt alle, auf das Wissen und die Erfahrungen der anderen Professionen zurückzugreifen.

So betrachtet war meine Entdeckung vielleicht banal, dass es überall vernünftige Leute gibt und ich mich noch besser vor Schubladen hüten muss. Auch wenn man konzidiert, dass man anders redet, wenn man vor verschiedenen Auditorien spricht: was ich hier von VertreterInnen der Politik, Verwaltung und Krankenkassen zu hören bekam, war ermutigend. Und wenn mal ein Gewerkschaftler auf dem Podium die Ärzteschaft als die bösen Buben hinstellte, verbat sich dies die Dame aus dem Publikum: Sie hätte die Versorgung von Obdachlosen ohne Hilfe ihrer niedergelassenen KollegInnen nie leisten können. Applaus. Auch die sattsam bekannte wechselseitige Verachtung der WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen füreinander hatte keinen Platz, vielmehr war kritische Neugier angesagt.

Begonnen hatte „Armut und Gesundheit“ 1995 als Initiative von „Gutmenschen“, die in der Gesundheitsversorgung wohnungsloser Menschen und MigrantInnen engagiert waren. Inzwischen ist es der renommierteste deutsche public health Kongress, an dem dieses Mal etwa 1400 Fachleute teilnahmen. Dr. Schulte-Sasse, Staatssekretär des Berliner Senats, meinte bei der Eröffnung im völlig überfüllten Plenarsaal des Schöneberger Rathauses: „Im Allgemeinen verläuft sich das Interesse, wenn das Kongressthema über Jahre dasselbe bleibt“. Auch die Politik oder vielmehr deren Versagen haben dafür gesorgt, dass hier das Gegenteil der Fall ist. Hartz IV, fortschreitende Privatisierung im Gesundheitswesen, so genannte „Stärkung der Eigenverantwortung“ schließen immer mehr Menschen von dem aus, was medizinisch notwendig ist. Wir sind zwar nicht in der Ukraine. Dort wurde die Frage nach Diskriminierung beim Zugang zur Gesundheitsversorgung beantwortet: „Kein Problem. Alle sind gleich: niemand hat ein Recht auf Gesundheit.“

Es war ein selbstbewusster Kongress. Hier bettelten nicht Mitfühlende die Sachzwänge-Politik um ein sozialkompensatorisches Almosen an. Sondern – in aller Bescheidenheit – man hatte die besseren, die vernünftigen Argumente. Während sonst bei solchen Veranstaltungen irgendwelche Spinner aufkreuzen, zum Schrecken der Verhandlungsleitung und zum Austesten der Leidensfähigkeit des Plenums, gab es in dieser Veranstaltung keine Erleuchteten. Engagement mit professioneller Distanz. Leute aus der Sozialarbeit und -pädagogik, Psychologie (eher weniger) Medizin, Volkswirtschaft, Verwaltung usw.



2900 Euro setzen die Krankenkassen pro Versichertem für die Krankenversorgung ein, 2 Euro für Prävention, die werden noch nicht mal ausgeschöpft. Mit dem Präventionsgesetz, das vermutlich auch 2006 nicht verabschiedet werden wird, soll das (ein bisschen) besser werden. Aber dieses Gesetz, das „Prävention“ bei den Krankenkassen ansiedelt (wobei die PKV bislang ebenso draußen bleibt wie die Arbeitslosenversicherung) birgt die Gefahr, dass sich der gesamte Sozialbereich mit der Pseudolegitimation „dafür sind wir nicht mehr zuständig“ zurückzieht.

Welche Prävention brauchen wir? Immer wieder muss die Binsenweisheit wiederholt werden, dass Gesundheit viel weniger mit medizinischer Versorgung als mit den sozialen Zuständen zu tun hat. Gutverdienende leben nicht nur etliche Jahre länger, sie sind auch länger gesund. Allerdings: Bildung ist ein Faktor, der zunehmend beachtet werden muss, denn unabhängig von ihrem Einkommen leben Menschen mit hoher Bildung gesünder, zufriedener, schmerzfreier und länger. (<http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/diskussionspapiere/docs/papers/dp527.pdf>)

Statt Geld für Schnickschnack wie Osteoporose-Mobile oder die Suche nach dem Fettleibigkeits-Gen auszugeben, geht es um „closing the gap“, um die Arbeit mit benachteiligten Zielgruppen. Dabei bedeutet „mit“ zwingend „gemeinsam mit“. Was gute Kinderbetreuung, gute Schulen, gute Stadtteilarbeit und Arbeitsmarktpolitik ist, kann nur gemeinsam mit den Betroffenen herausgefunden werden. Wie weit ist man im Gesundheitswesen von dieser Einsicht entfernt! Wieso tendiert bei den Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern die Patientenbeteiligung gegen Null? Wem nutzt ein völlig intransparentes Vertragswesen?

Gerade was die Beteiligung der PatientInnen betrifft, ist erschreckend deutlich, wie weit die Medizin davon entfernt ist, sich als Sozialwissenschaft zu verstehen. Sie nimmt die Ergebnisse der SozialwissenschaftlerInnen (und der PraktikerInnen) in ihrem reduktionistischen Wissenschaftsverständnis und fragmentierten Menschenbild nicht einmal wahr. Der Eifer, mit der viele aus Psychologie und Psychotherapie in diese Fußstapfen treten, erklärt sich am ehesten aus dem Gefühl der Unterlegenheit gegenüber der Medizin. Solche Unterlegenheitsgefühle hatte der Kongress weit hinter sich gelassen. Am Ende der Veranstaltung traf ich eine alte Bekannte und schwärmte von der Tagung. Sie verzog das Gesicht. Sie sei auf allen elf Kongressen „Armut und Gesundheit“ gewesen, das seien die einzigen, die sich lohnten. Aber – der elfte sei der schwächste gewesen. Da bin ich aber auf den nächsten im November 2006 gespannt!

URSULA NEUMANN

DAS ÄRGERNIS DES QUARTALS

„... Herr X hat sich zu fügen.“

Herr X. hat die meiste Zeit seines Lebens in Heimen, Psychiatrien, Gefängnissen zugebracht. Zu mir kam er 2001, schwer behindert und herzkrank. Psychotherapie war Bewährungsaufgabe. Wir kamen gut miteinander zurecht. Seine aggressiven Durchbrüche und Selbstverletzungen nahmen ab. Behördengänge machte er allein, im Wohnheim gab es ohnehin lange keinen Sozialdienst. Natürlich kam es auch zu Rückfällen: Im Sommer rief mich ein Mitbewohner an, Herr X drohe, sich umzubringen. Ich hörte ihn lautstark randalieren. Als er kurze Zeit später aus der Psychiatrie zurückkam, wollte man ihm verbieten, zu seinem langjährigen Hausarzt Dr. W. zu gehen. Zuständig sei der Heimarzt Dr. A. Ich schrieb an Schwester L., der Patient habe das Recht auf freie Arztwahl. Keine Antwort. Der Patient klagte, er würde „fertig gemacht“. Wenige Tage später nahm er Tabletten. Erneute Einweisung.

Die Psychiatrie in Offenburg gab ihm Wochenendurlaub. Als er vereinbarungsgemäß wieder zurück wollte, wurde ihm das von Dr. A. verboten. In der Klinik wusste man nicht, dass Dr. A. nicht der behandelnde Arzt war. Im Heim wurden die Suizidversuche als „Spielchen“ abgetan. Der Bewährungshelfer habe Hausarrest bis zum Ende der Bewährung angeordnet. Das war gelogen. Der eingesperrte Patient verweigerte eine Behandlung durch Dr. A. „Dr. A. ist der Heimarzt. Herr X. hat sich den Anweisungen zu fügen“, sagte mir Sr. A.

Am 7.10. 2005 schrieb mir Dr. A. und „ordnete an“ „... die psychotherapeutischen Bemühungen bei Herrn X werden mit sofortiger Wirkung wegen immer schon fehlender Indikation... eingestellt.“ Dem war ein „aktueller ärztlicher Befundbericht“ an das Gericht mit dem Antrag auf Beendigung der Psychotherapie beigefügt. Das Schreiben datierte vom 31.8 (!): „Bei Herrn X liegt ... eine Verhaltensabnormalität vor, die auf Zerstörung und Schädigung ... angelegt ist ... Die intellektuelle Ansprechbarkeit ist auf dem Niveau eines nicht schulreifen Kindes ... Bei solchen Voraussetzungen [sind] keine Pharmakotherapie und erst recht keine Psychotherapie möglich ... In Zeiten eines zunehmenden Heeres von Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktikern und Esoterikern mit ... narzisstischer Selbstüberschätzung [ist] eine medizinisch-psychiatrische Diagnose... eher ein Störfaktor... Die beauftragte Psychotherapeutin hat..., von keinerlei Sachkenntnis getrieben, Psychotherapie betrieben, obwohl es nichts zu therapieren gab. Sogar mit tiefenpsychologischen... Methoden wurde versucht, in dem nicht vorhandenen Unterbewusstsein des verständnislosen Herrn X Ordnung zu schaffen...“

Eine Kopie des Schreibens hatte der Heimarzt an die Ärztekammer geschickt, bestätigte deren Präsident und schrieb mir, es käme immer wieder zu unterschiedlichen Auffassungen über Indikationen. Dafür sei die Ärztekammer nicht zuständig, ebenso wenig für den „Ehrenschutz“. In der Berufsordnung lese ich anderes.

Der Druck auf den Patienten wurde unerträglich. Eine Woche lang

war das Telefon gesperrt. Lediglich Sr. L. und Dr. A. konnten angerufen werden. Von der Klinik verordnete Medikamente wurden vorenthalten. Ich hämmerte dem Patienten ein: Maul halten. Er schaffte es und bot keine Angriffsfläche. Aber dann kam er völlig verzweifelt: Er müsse noch am selben Abend seine Zustimmung geben, vom Heimarzt behandelt zu werden. Ich rief den Hausarzt Dr. W. an: Ja, der Patient solle gleich kommen. „Er hat mir so leid getan, der zittert ja nur noch“, meinte er danach und wies ihn ins Krankenhaus ein. Der diensthabende Arzt konnte es nicht fassen: „Das gibt es doch nicht!“

Richter Royen meinte, die Angelegenheit dürfe nicht auf dem Rücken des Patienten ausgetragen werden. Ich vertraute ihm. Das war falsch. Am 8.11. rief ich ihn an. Er werde die gerichtliche Weisung auf Psychotherapie aufheben. Dem Patienten sei unbenommen, als normaler Krankenversicherter eine Therapie zu machen und habe auch freie Arztwahl. „Aber wie soll er sein Recht durchsetzen?“ – „Das beweist, dass er einen Betreuer braucht“, war die Logik des Richters. Der gestellte Antrag auf Anhörung würde den Patienten überfordern. Er kennt den Patienten nicht. Sein Wille: es solle Ruhe einkehren. Ich erwiderte: „Es gibt auch die Friedhofsruhe.“ – „Ein Richter ist dazu da...“ Ich unterbrach: „Recht zu sprechen.“ – „Dazu bedarf ich von Ihnen keiner Belehrung“, war die Antwort.

Sr. L. und Dr. A. sind emotional verwickelt. Sie können – trotz allem – „mildernde Umstände“ beanspruchen. Aber Richter Royen? Weit entfernt von der Dynamik hätte er lediglich seinen Job anständig machen müssen. Ist das zu viel verlangt?

Zurück aus der Klinik wurden dem Patienten erneut Medikamente vorenthalten. Das Verordnungsblatt lag dem Hausarzt vor – aber der Patient durfte nicht hin. Ein Anwalt wurde eingeschaltet und teilte einer konsternierten Sr. L. mit, die Psychotherapie würde im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung fortgesetzt, ebenso habe der Patient freie Arztwahl. Ferner bestreite der Bewährungshelfer, je Hausarrest verordnet zu haben. Das war am 21.11.05.

Am 24.11. rief der Patient aus dem PLK Emmendingen an. Morgens habe Sr. L. gesagt: „Sachen packen“ und ab die Post. Er war wütend und durcheinander. Ich war eher erleichtert – alles schien mir besser als das Pflegeheim.

Es stellte sich heraus: Dr. A. hatte – ohne den Patienten gesehen zu haben – eine Zwangseinweisung veranlasst. Das Einweisungsformular trägt das Datum des Vortags. Keine Rede von „Gefahr im Verzug“. Dumm auch, dass es den VK-Ausdruck aufweist. Wie kam Dr. A. an die Versichertenkarte?

Der Aufnahmearzt in Emmendingen meinte, Dr. A. hätte „Schriftstücke“ mitgeschickt „die für sich sprechen“. Dieser Arzt würde den Patienten nicht zurück schicken.

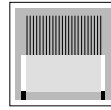
Ein Patient wie dieser hat schlechte Karten, wenn ein Herr Doktor und das Pflegepersonal was sagen. Ich selbst habe mich oft gefragt und wurde gefragt: Übertreibt er nicht? Er hat nicht übertrieben. Jetzt bleibt einiges zu tun, damit das Verrückte wieder zurechtgerückt wird. In diesem Einzelfall. Aber ist es ein Einzelfall?

URSULA NEUMANN



DIENSTLEISTUNGEN

Sondertarif
BVVP



Dr. Rinner & Partner
Institut für wirtschaftliche Praxisführung

Mit der Praxis-Unterbrechungs-Versicherung (P.U.V.) können Sie bei Praxisstillstand Ihre Kosten absichern!

P.U.V. = Ergänzung zu Ihrer Krankentagegeldversicherung

Ihre Krankentagegeld-Versicherung deckt Ihnen bei Krankheit oder Unfall nur Ihren Nettogewinn. Aber wer sorgt für die Praxiskosten, die weiter laufen? Die P.U.V. schließt diese Deckungslücke.

Wichtige Merkmale der P.U.V.:

- Die P.U.V. bezahlt Ihren Umsatzausfall, oder die fortlaufenden Praxiskosten!
- auch in Ergänzung zu Ihrer Krankentagegeldversicherung
- sofortiger Versicherungs-Beginn - ohne Attest (nur Gesundheitsfragen)
- ob bei Krankheit oder Unfall
- bei Sachschaden wie Brand, Blitzschlag etc. Leistung ab dem 1. Tag
- bei einem Krankenhaus-Aufenthalt von mind. 48 Std. wird ab dem 1. Tag gezahlt
- bezahlt auch Ihre Praxis-Vertretung
- leistet bei ambulanten Erkrankungen ab der vereinbarten Karenzzeit (7, 14, 21, 28 Tage)
- fixer Beitrag, gültig über die gesamte Laufzeit (1 - 10 Jahre)
- die Beiträge sind in der Regel eine Praxisausgabe, die Finanzämter entscheiden selbstständig über eine Anerkennung!*
- prinzipiell besteht ein beidseitiges Kündigungsrecht, jedoch nicht während des Leistungsfalles

So preiswert kann eine persönliche P.U.V.-Vorsorge sein:
(Beispiel: Psychotherapeut, 43 Jahre)

NEU

	P.U.V.
Jahresversicherungssumme	€ 36.000,-
Tagessatz	€ 100,-
Die Leistung erfolgt ab dem	1. Tag bei Krankenhausaufenthalt, sonst 8. Tag
Prämie pro Monat	€ 45,60
als Praxisausgabe steuerlich absetzbar*	Überwiegend

Fordern Sie Ihr maßgeschneidertes P.U.V.-Angebot mittels beiliegendem Faxvordruck an!

NEUERSCHEINUNGEN UND BÜCHER ZUM SCHWERPUNKT

Argument

Geschlechterverhältnisse, Sprache und Symbolik, Solidarität / Rassismus, Schule im Neoliberalismus. (Forum Kritische Psychologie Bd 49). ISBN: 3886197875. 13,00 €

Asanger

ANDREATTA, M.: **Die Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses durch Traumata.** ISBN: 3893344586. 29,00 €

FISCHER, G.; EICHENBERG, C.: **Traumabehandlung in der tiefenpsychologischen und analytischen Psychotherapie.** (Jahrbuch Psychotraumatologie 2005 1/2005). ISBN: 3893344403. 19,00 €

HEHL, F.: **FamilienSchach.** Ein therapeutisches Spiel im Lebensspiel. ISBN: 3893344535. 29,50 €

LEMKE, J.: **Sekundäre Traumatisierung.** ISBN: 3893344497. 19,50 €

SCHAAF, H.: **Psychotherapie bei Schwindelerkrankungen.** ISBN: 3893344578. 19,50 €

Beltz

FIEDLER, P.: **Stalking.** Opfer, Täter, Prävention, Behandlung. ISBN: 3621275886. 32,90 €

HAUTZINGER, M.: **Wenn Ältere schwermütig werden.** Hilfe für Betroffene und Angehörige bei Depression im Alter. ISBN: 3621275770. 22,90 €

HAUTZINGER, M.: **Depression im Alter.** Erkennen, bewältigen, behandeln. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm. (Materialien für die klinische Praxis). ISBN: 3621274685. 39,90 €

MEYER, T.; HAUTZINGER, M.: **Manisch-depressive Störungen.** Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. (Materialien für die klinische Praxis). ISBN: 3621275517. 44,90 €

MEYER, T.: **Manisch-depressiv? Was Betroffene und Angehörige wissen sollten.** ISBN: 3621275681. 24,90 €

Brandes & Apsel

DAMMASCH, F.; METZGER, H.: **Die Bedeutung des Vaters.** Psychoanalytische Perspektiven. ISBN: 386099820X. 29,00 €

JONGBLOED-SCHURING, U.: **Ich esse deine Suppe nicht.** Psychoanalyse gestörter Essverhaltens / Ambulante Behandlungen und theoretische Konzepte. (Schriften zur Psychotherapie und Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen 10). ISBN: 3860998285. 36,00 €

PEDRINA, F.: **Mütter und Babys in psychischen Krisen.** Forschungsstudie zu einer therapeutisch geleiteten Mutter-Säugling-Gruppe am Beispiel postpartaler Depression. (Schriften zur Psychotherapie und Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen 8). ISBN: 3860998188. 29,00 €

STERN, D.: **Der Gegenwartsmoment.** Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. ISBN: 386099817X. 29,00 €

TÖMMELE, S.: **Wer hat Angst vor Sigmund Freud?** Wie und warum die Psychoanalyse heilt. ISBN: 3860998277. 14,90 €

Carl-Auer

KRÖGER, F.; HENDRISCHKE, A.; MCDANIEL, S.: **Familie, System und Gesundheit.** Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen. ISBN: 3896701452. 27,90 €

MCDANIELS, S.; HEPWORTH, J.; DOHERTY, W.: **Familientherapie in der Medizin.** Ein biopsychosoziales Behandlungskonzept für Familien mit körperlich Kranken. (Systemische Medizin). ISBN: 3896700243. 19,90 €

SIMON, F.: **Die andere Seite der Gesundheit.** Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. ISBN: 3896701940. 21,90 €

STIERLIN, H.; GROSSARTH-MATICEK, R.: **Krebsrisiken - Überlebenschancen.** Wie Körper, Seele und soziale Umwelt zusammenwirken. ISBN: 3896705342. 22,50 €

dgvt-Verlag

BECK, N.; CÁSAR, S.; LEONHARDT, B.: **Training sozialer Fertigkeiten mit Kindern im Alter von 8 bis 12 Jahren.** TSF (8-12). (Külu - Psychologie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter 6). ISBN: 3871599069. 29,80 €

BOHNE, M.; ESCHENRÖDER, C.; WILHELM-GÖSSLING, C.: **Energetische Psychotherapie - integrativ.** Hintergründe, Praxis, Wirkhypothesen. ISBN: 3871590592. 19,80 €

LIPPERT, A.: **Therapieprogramm zur Integrierten Qualifizierten Akutbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenproblemen (TIQAAM).** Ein verhaltenstherapeutisches Praxismanual. (Materialien 60). ISBN: 3871593605. 14,80 €

SECKINGER, M.: **Partizipation - ein zentrales Paradigma.** Analysen und Berichte aus psychosozialen und medizinischen Handlungsfeldern. (Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung (FGG) 13). ISBN: 3871596132. 16,00 €

WEISSKOPF, M.; LANGER, C.; KRETSCHMANN, K.: **ARCHE NOVA e.V.: Psychosoziale Nachsorge nach der Jahrhundertflut in Sachsen.** ISBN: 3871598208. 18,00 €

Hirzel

EHM, S.; SCHICKTANZ, S.: **Körper als Maß?** Biomedizinische Eingriffe und ihre Auswirkungen auf Körper- und Identitätsverständnis. ISBN: 3777613827. 12,50 €

HOGREFE

FRICKE, L.; LEHMKUHL, G.: **Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter.** Ein Therapiemanual für die Praxis. (Therapeutische Praxis). ISBN: 3801719669. 34,95 €

HAKEN, H.; SCHIEPEK, G.: **Synergetik in der Psychologie.** Selbstorganisation verstehen und gestalten. ISBN: 3801716864. 69,95 €

KÖHLER, T.: **Biologische Grundlagen psychischer Störungen.** ISBN: 380171912X. 29,95 €

RAUH, E.; RIEF, W.: **Ratgeber Somatoforme Beschwerden und Krankheitsängste.** Informationen für Betroffene und Angehörige. (Ratgeber zur Reihe Fortschritte der Psychotherapie 11). ISBN: 380171781X. 8,95 €

REINECKER, H.: **Ratgeber Zwangsstörungen.** Informationen für Betroffene und Angehörige. (Ratgeber zur Reihe Fortschritte der Psychotherapie 12). ISBN: 3801719332. 8,95 €

Junfermann

LÜDERITZ, S.: **Wenn die Seele im Grenzbereich zwischen Vernichtung und Überleben zersplittert.** Auswirkungen und Behandlungskonzepte der Dissoziativen Identitätsstörung. ISBN: 3873876124. 29,50 €

OTTE, H.: **Prozeduren sozialen Verhaltens.** Wie unbewusste Regeln unsere Beziehungen gestalten - und behindern. ISBN: 3873876108. 16,90 €

OTTE, H.: **Wie wir werden, die wir sind.** Neurobiologische Grundlagen subjektiven Erlebens und die Entwicklung des Menschen in Beziehungen. ISBN: 3873875810. 39,90 €

Klett-Cotta mit Pfeiffer

DREXLER, D.: **Das integrierte Stress-Bewältigungsprogramm ISP.** Manual und Materialien für Therapie und Beratung. (Leben lernen 187). ISBN: 3608890114. 26,50 €

LAMPRECHT, F.: **Praxisbuch EMDR.** Modifizierungen für spezielle Anwendungsgebiete. (Leben lernen 189). ISBN: 3608890017. 22,00 €

SCHÄFER, I.; KRAUSZ, M.: **Trauma und Sucht.** Konzepte - Diagnostik - Behandlung. (Leben lernen 188). ISBN: 360889005X. 24,00 €

SCHMEER, G.: **Die Resonanzbildmethode - Visuelles lernen in der Gruppe.** Selbsterfahrung - Team - Organisation. (Leben lernen 190). ISBN: 3608890092. 39,00 €

STEMERLING, D.: **Wenn Paare sich nicht trennen können.** (Leben lernen 184). ISBN: 3608890106. 19,00 €

Kreuz Verlag

BEERWERTH, W.: **ADS - das kreative Chaos.** ISBN: 3783127041. 16,95 €

HOFFMANN, A.: **Unberührt.** Menschen ohne Beziehungserfahrung - Wege zu erfüllter Liebe und Sexualität. ISBN: 378312705X. 16,95 €

KORNBIHLER, T.: **Freud - Ein bürgerlicher Revolutionär.** Seine Gedankenwelt und ihr Einfluss bis heute. ISBN: 3783127122. 14,95 €

PETRI, H.: **Die Psychotherapie mit jungen Erwachsenen.** Eine praktische Orientierungshilfe. ISBN: 3783127149. 9,95 €

RUSCH, C.: **Der Taschen-Freud.** Von Penisneid bis Über-Ich. ISBN: 3783127084. 5,00 €

SCHÄDLICH, S.: **Karen Horney.** Die rivalen Freuds. ISBN: 3783127092. 19,95 €

SCHMIDBAUER, W.: **Die Psychoanalyse nach Freud.** Eine praktische Orientierungshilfe!. ISBN: 3783127157. 9,95 €

Pabst Science

KASTNER, M.; HAGEMANN, T.; KLIESCH, G.: **Arbeitslosigkeit und Gesundheit.** Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung. ISBN: 3899672410. 40,00 €

KOTTIE-BIRNBACHER, L.; WILKE, E.; KRIPPNER, K.; DIETER, W.: **Mit Imaginationen therapieren.** Neue Erkenntnisse zur Katathym-Imaginativen Psychotherapie. ISBN: 3899672666. 35,00 €

LUIF, V.; THOMA, G.; BOOTH, B.: **Beschreiben - Erschließen - Erläutern.** Psychotherapieforschung als qualitative Wissenschaft. ISBN: 3899672798. 25,00 €

STARKE, K.: **Nichts als die reine Liebe.** Beziehungsbiographien und Sexualität im sozialen und psychologischen Wandel: Ost-West-Unterschiede. ISBN: 3899672682. 20,00 €

VOGELGESANG, M.; SCHUHLER, P.; ZIELKE, M.: **Essstörungen - Klinische Behandlungskonzepte und praktische Erfahrungen.** ISBN: 3899671147. 20,00 €

Peter Lang

BURDA, G.: **Kronos Welt.** Depression und die Versöhnung von Trauer und Melancholie. ISBN: 3631540515. 27,50 €

ENRICH, H.; SCHNEIDER, U.: **Geist, Psyche und Gehirn.** Aktuelle Aspekte der Kognitionsforschung, Philosophie und Psychopathologie. ISBN: 3631537506. 29,80 €

KÜHLMEY, A.; ROSEMEIER, H.; RAUCHFUSS, M.: **Tabus in Medizin und Pflege.** ISBN: 363154331X. 29,80 €

KÜHLMEY, A.; ROSEMEIER, H.; RAUCHFUSS, M.: **Tabus in Medizin und Pflege.** ISBN: 363154331X. 29,80 €

Psychologenverlag

HERTZSTELL, I.; BLASCHKE, S.; LOISCH, I.; HANCKEL, C.: **Vom Nürnberger Trichter zum Laptop?** Schule zwischen kognitivem und sozial-emotionalem Lernen

Kongressbericht der 16. Bundeskonferenz 2004 in Nürnberg. (Berichte aus der Schulpsychologie und Bildungsberatung). ISBN: 3931589722.

STEINWORTH, M.: **Die Krebsreise.** Kleiner Reisebegleiter für krebserkrankte Menschen. ISBN: 3931589633. 12,80 €

Psychozial-Verlag

FROMM, E.: **Sigmund Freuds Psychoanalyse.** Größe und Grenzen. (Bibliothek der Psychoanalyse). ISBN: 3898064972. 19,90 €

HIDAS, G.; RAFFAI, J.: **Nabelschnur der Seele.** Psychoanalytisch orientierte Förderung der vorgeburtlichen Bindung zwischen Mutter und Baby. (edition psychosozial). ISBN: 3898064581. 24,90 €

HINZ, A.; DECKER, O.: **Gesundheit im gesellschaftlichen Wandel.** Altersspezifisch und Geschlechterrollen. (Forschung psychosozial). ISBN: 3898064468. 22,00 €

KLÜWER, R.: **Erweiterte Studien zur Fokalthherapie.** (Bibliothek der Psychoanalyse). ISBN: 3898063925. 29,90 €

MITCHELL, S.: **Psychoanalyse als Dialog.** Einfluss und Autonomie in der analytischen Beziehung. (Bibliothek der Psychoanalyse). ISBN: 3898062554. 36,00 €

Reinhardt Verlag

FELDMAN, M.: **Wenn Menschen krank spielen.** Münchenhausen-Syndrom und artifizielle Störungen. ISBN: 3497018368. 29,90 €

Roderer

KLEIN, M.: **Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien.** Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen. (Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung 1). ISBN: 3897835223. 26,00 €

Rowohlt

POHLEN, M.: **Freuds Analyse.** Die Sitzungsprotokolle Ernst Blums. ISBN: 3498053035. 22,90 €

Schattauer

HENNINGSEN, P.; GÜNDEL, H.; CEBALLOS-BAUMANN, A.: **Neuro-Psychosomatik.** Grundlagen und Klinik neurologischer Psychosomatik. ISBN: 3794523784. 69,00 €

HOHAGE, R.: **Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis.** Diagnostik, Behandlungsplanung, Kassenanträge. ISBN: 3794523156. 39,95 €

JORASCHKY, P.; LOEW, T.; RÖHRICHT, F.: **Körperleben und Körperbild.** Ein Handbuch zur Diagnostik. ISBN: 379452425X.

REMMELE, A.; KERNBERG, O.; VOLLMÖLLER, W.; STRAUSS, B.: **Handbuch Körper und Persönlichkeit.** Entwicklungspsychologische und neurobiologische Grundlagen der Borderline-Störung. ISBN: 379452411X. 69,00 €

STEINER, B.; KRIPPNER, K.: **Psychotraumathepie.** Tiefenpsychologisch-imaginative Behandlung von traumatisierten Patienten. ISBN: 3794524659. 39,95 €

Springer

ECKERT, J.; BIERMANN-RATJEN, E.; HÖGER, D.: **Gesprächspsychotherapie.** Lehrbuch für die Praxis. ISBN: 354028463X. 34,95 €

REIMER, C.; RÜGER, U.: **Psychodynamische Psychotherapien.** Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren. ISBN: 354025384X. 59,95 €

THOMÄ, H.; KÄCHELE, H.: **Psychoanalytische Therapie.** Grundlagen. ISBN: 3540297502. 79,95 €

THOMÄ, H.; KÄCHELE, H.: **Psychoanalytische Therapie.** Forschung. ISBN: 3540298819. 69,95 €

THOMÄ, H.; KÄCHELE, H.: **Psychoanalytische Therapie.** Praxis. ISBN: 3540297529. 79,95 €

Theseus

WILKER, J.: **Das Einmaleins der Achtsamkeit.** Vom täglichen Umgang mit alltäglichen Gefühlen. ISBN: 3896202995. 5,95 €

Thieme

HAUCH, M.: **Paartherapie bei sexuellen Störungen.** Das Hamburger Modell: Konzept und Technik. (Bibliothek der Psychoanalyse). ISBN: 313182431. 39,95 €

HOFMANN, A.: **EMDR.** Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. ISBN: 313182431. 39,95 €

MAERCKER, A.; ROSNER, R.: **Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen.** Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulübergreifend.

Neuerscheinungen und Bücher zum Schwerpunkt

feld. (Lindauer Psychotherapie-Module). ISBN: 3131411112. 29.95 €
 REMSCHMIDT, H.; QUASCHNER, K.; THEISEN, F.: **Kinder- und Jugendpsychiatrie**. Eine praktische Einführung. ISBN: 3135766047. 49.95 €

Vandenhoeck & Ruprecht

BENEDETTI, G.: **Symbol, Traum, Psychose**. ISBN: 3525490860. 24.90 €
 LEUZINGER-BOHLEBER, M.; BRANDL, Y.; HÜTHER, G.: **ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung**. Theorie, Forschung, Kontroversen.

(Schriften des Sigmund-Freud-Instituts Bd 4). ISBN: 3525451784. 34.90 €
 SEIFFGE-KRENKE, I.: **Nach PISA**. Stress in der Schule und mit den Eltern = Bewältigungskompetenz im internationalen Vergleich. ISBN: 352546262X. 19.90 €

STRAUSS, B.; GEYER, M.: **Psychotherapie in Zeiten der Globalisierung**. (Grenzen psychotherapeutischen Handelns / Psychotherapie in Zeiten der Globalisierung). ISBN: 3525490933. 34.90 €
 STRAUSS, B.; GEYER, M.: **Grenzen psychotherapeutischen Handelns**. (Grenzen psychotherapeutischen Handelns / Psychotherapie in Zeiten der Globalisierung). ISBN: 3525490925. 26.90 €

Walter

FRANK, D.: **Menschen töten**. ISBN: 3530421979. 19.90 €
 LEE, A.; SEIFERT, T.: **Intuition - das andere Wissen**. ISBN: 3530422045. 19.90 €
 LÖTSCHER-GUGLER, H.: **Auf den Schwingen des Glücks**. Blockierte Energien lösen. ISBN: 3530401854. 18.00 €
 MORSCHITZKY, H.: **Die Angst zu versagen und wie man sie besiegt**. ISBN: 3530401838. 14.90 €
 RÖHR, H.: **Die Angst vor Zurückweisung**. Hysterie verstehen. ISBN: 3530401889. 14.90 €

Waxmann

BIEDERMANN, H.: **Junge Menschen an der Schwelle politischer Mündigkeit**. Partizipation: Patentrezept politischer Identitätsfindung?. (Internationale Hochschulschriften 458). ISBN: 383091623X. 34.90 €
 LÜDTKE, O.: **Persönliche Ziele junger Erwachsener**. (Pädagogische Psychologie und Entwicklungspsychologie 53). ISBN: 3830916108. 25.50 €

WVG

BANDELOW, B.; ZOHAR, J.; HOLLANDER, E.; KASPER, S.; MÖLLER, H.: **Medikamentöse Behandlung von Angst- und Zwangs- und posttraumatischen Belastungsstörungen**. Behandlungsleitlinien der World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). (Edition Psychopharmakotherapie). ISBN: 3804722083. 18.00 €
 BERGENER, M.; HAMPEL, H.; MÖLLER, H.; ZAUDIG, M.: **Gerontopsychiatrie**. Grundlagen, Klinik und Praxis. ISBN: 3804720684.
 UNGER, C.; WEIS, J.: **Onkologie**. Unkonventionelle und supportive Therapiestrategien. ISBN: 380472101X. 24.00 €

VERANSTALTUNGEN – Weiterbildung, Kongresse, Reisen

von bis	Veranstaltung	Kontakt
2006-04-24 2006-04-24	Ausbildung PP/Weiterbildung Zusatz Psychoanalyse : Beginn des Sommersemesters am 24.04.2006; Nähere Informationen unter www.psf.dpv-psa.de	Sekretariat PSF 0761-77221 psf-sekretariat@t-online.de
2006-04-29 2006-04-30	EMDR mit onkologischen PatientInnen : Vertiefungskurs in Berlin mit Domna Ventouratou & Renate Wolf, 16 FE, 296 Euro, info@traumatherapie.de , 030/4642185	Institut für Traumatherapie www.traumatherapie.de
2006-05-03 2006-07-26	Sigmund Freud : Eine Veranstaltungsreihe der Stuttgarter Akademie kann über die über die Homepage abgerufen werden: http://www.akademie-stuttgart.de	Sekretariat H. Robeller
2006-05-19 2006-05-20	Therapiebegleit. Osnabr. Persönlich.diagnostik : (TOP): Einführ. i.d. Prozessdiagnostik v. J.Kuhl, Uni.OS, akkr. m. 18 FE, 195 Euro, Ltg: G.Ritz-Schulte	info@impart.de / www.impart.de 0049 / (0) 541 / 969 - 4536
2006-05-20 2006-05-21	kkk : Drittes Kölner Kinderpsychotherapie- & -psychiatrie-Kolleg am 20 und 21. Mai 2006	AKIP Köln Frau Sandra Schilles
2006-06-15 2006-06-17	4. PiD - Tagung in Baden-Baden : die methodenübergreifende Fortbildungstagung in der Psychotherapie; Fordern Sie Ihr persönliches Programmheft an!	pid-tagung@thieme.de www.pid-tagung.de
2006-06-16 2006-12-31	Kreative/r Fachtherapeut/in für Essstörungen : 1-jährige Fortbildung, 5 WE-Seminare, Waldkirch, ab 06. 2006, Ltg: U. Baer, Anmeldung 50 Euro. 12 mal 80 Euro	info@zukunftswerkstatt-tk.de udobaer@t-online.de
2006-07-03 2006-07-14	Summer Intensive Study Program : Der Kurs gibt Einblick in die Analytische Psychologie von C.G Jung.	I. Fueter, +41 44 914 10 40 www.junginstitut.ch
2006-07-14 2006-07-16	Symposium : 150 Jahre Sigmund Freud - Therapiekonzepte im Wandel	info@aerztliche-akademie.de
2006-07-24 2004-07-27	Motivierende Gesprächsführung - Ferienkurs : in Heidelberg; täglich 6 UE; der Ferienkurs entspricht dem 1. Abschnitt der MI-Ausbildung.	www.gk-quest.de/seminare 06221- 739 20 30
2006-09-01 2006-09-01	2-jährige Grundausbildung Weibliche Mythologie : zur Entwicklung weiblicher Identität in allen Berufen	Jutta Voss Psychoanalytikerin www.weibliche-mythologie.de
2006-09-08 2006-09-09	Lösungsorientierte Gesprächsführung : Grundlagen und Grund-Haltung des ressourcenorientierten Ansatzes -akkreditierte Fortbildung-	Fortbildungsstelle 0711/ 6781 421
2006-09-15 2006-09-16	Therapiebegleit. Osnabr. Persönlich.diagnostik : (TOP): Einführ. i.d. Prozessdiagnostik v. J.Kuhl, Uni.OS, akkr. m. 18 FE, 195 Euro, Ltg: G.Ritz-Schulte	info@impart.de / www.impart.de 0049 / (0) 541 / 969 - 4536
2006-09-16 2006-09-17	12. Heilpraktikerkongress Süddeutschland : Weiterbildungskongress und Fachmesse in Augsburg 75 Referentinnen und Referenten große Industrieausstellung	www.heilpraktikerkongress.de
2006-09-24 2006-10-01	Führen - Erfolg - Neue Gipfel : Persönliche Zielfindung und Strategie-Entwicklung mit viel Abstand zum Alltag. In den Bergen kombiniert mit Wandern.	Mario Biel 07025/83206 www.VISENT-M-Biel.de
2006-09-29 2004-01-01	Ausbildung zum Ayurveda-Manual-Therapeuten : für Physiotherapeuten: intensive Theorie & Praxis, 300 Ausbil.Stunden, 35 Tage berufsbegleitend, ...	www.ayurveda-akademie.org Tel: 06054-9131-0, Fax -36
2006-10-05 2006-10-08	13. Herbstakademie, Cognition and Embodiment : Die englischsprachige Tagung befasst sich mit Kognitions-wissenschaft. Ort: Ascona Schweiz	tschacher@spk.unibe.ch www.upd.unibe.ch
2006-10-06 2006-10-07	Operanter Motiv-Test: Messung impliziter Motive : Einführ. i.d. Messung impliziter Motive m.d. OMT, Uni.OS, akkr. m. 18 FE, 195 Euro, Ltg: N.Baumann	info@impart.de / www.impart.de 0049 / (0) 541 / 969 - 4536
2006-10-15 2006-10-19	35. Norddeutsche Psychotherapietage 2006 : Leitthema: Psychotherapie und die Suche nach Sinn	Gabriele Maday, 0451/79 04-103 maday@muk.de
2006-10-26 2006-10-28	14. Kongress der DGPM in Heidelberg : Psychosomatisch Denken - psychosomatisch Handeln Beiträge psychotherapeutischer Konzepte für eine moderne Medizin	DGPM Geschäftsstelle, Frau Mack www.dgpm.de
2006-11-05 2006-12-05	TVöD-Personaltagung Berlin 2006 : Die Tagung will Chancen und Risiken des TVöD praxisbezogen aufzeigen beleuchten. www.kbw.de/download/pet003.pdf	Kommunales Bildungswerk e.V. www.kbw.de * info@kbw.de
2006-11-11 2006-11-12	kkk : Viertes Kölner Kinderpsychotherapie- & -psychiatrie-Kolleg am 11. und 12. November 2006	AKIP Köln Frau Sandra Schilles
2006-11-16 2006-11-19	Hypnose - Brücke zwischen Körper und Seele : Kongress der DGH in Bad Lippspringe Vorträge u. Seminare zur Hypnose und Hypnotherapie	DGH-Geschäftsstelle www.hypnose-dgh.de

www.bvvp-magazin.de: Veranstaltungen bequem online eintragen, 2 Zeilen gratis