

# **bvvp** *magazin*

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

## **Patientenrechte** **Menschenrechte**

- *Menschenrechte – Patientenrechte*
- *Patientenbeteiligung*
- *Interview mit Prof. Böker*
- *Ethik-Leitlinien für den bvvp-Bayern*

*3. Jahrgang  
Ausgabe 1/2004*





### Räume

#### Angebote

**München:** Praxisraum, ca. 28qm, hoher Altbau mit Parkett und Stuck, in zentraler Lage, zu vermieten. 490 Euro. Tel.: 089/15919137 E-Chiffre: [www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-01/04-46](http://www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-01/04-46)

#### Gesuche

Hier könnte Ihre Anzeige stehen. Einfach online aufgeben unter [www.cosis.net/ads](http://www.cosis.net/ads).

### Stellenanzeigen

#### Angebote

4000 niedergelassene Psychotherapeuten erreichen Sie für nur 12 €. Einfach online buchen unter [www.cosis.net/ads](http://www.cosis.net/ads).

#### Gesuche

Hier könnte Ihre Anzeige stehen. Einfach online aufgeben unter [www.cosis.net/ads](http://www.cosis.net/ads).

### Praxis

#### Gesuch/Gründung

**Psychologische Psychotherapeutin** (Tiefenpsychologie) sucht ab sofort Übernahme einer Praxis in Brandenburg (HVL oder OPR) oder Sachsen-Anhalt (Stendal). Bitte melden unter [Hedwigwischner@web.de](mailto:Hedwigwischner@web.de)

#### Praxisgemeinschaften

**Psychologin mit VT-Approbation** sucht Mitarbeit in Praxis (Job-Sharing oder Anstellung) in Freiburg o. Umgebung. E-Chiffre: [www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-01/04-49](http://www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-01/04-49)

#### Verkauf

**Praxis in Konstanz** für fachärztliche Psychotherapie (FA für Psychotherapeutische Medizin, Sperrgebiet) zum 01.04.2004 preisgünstig abzugeben. E-Chiffre: [www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-01/04-44](http://www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-01/04-44)

### Verschiedenes

**Ausbildung** zum Psychologischen Psychotherapeuten in Psychoanalyse und/oder Tiefenpsychologie Auskunft im Sekretariat des Instituts für Psychoanalyse der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG) 60325 Frankfurt am Main, Mendelssohnstr. 49, Tel. 069-747090 Email: [Institut@dpg-frankfurt.de](mailto:Institut@dpg-frankfurt.de) Homepage: [www.dpg-frankfurt.de](http://www.dpg-frankfurt.de)

**Raum Hannover:** Suche psychoanalytische oder tiefenpsychologische Interventionsgruppe oder Interessenten für Neuanfang. Kontakt: 0511 / 556239

### Reise

4000 niedergelassene Psychotherapeuten erreichen Sie für nur 12 €. Einfach online buchen unter [www.cosis.net/ads](http://www.cosis.net/ads).

## KLEINANZEIGEN BUCHEN

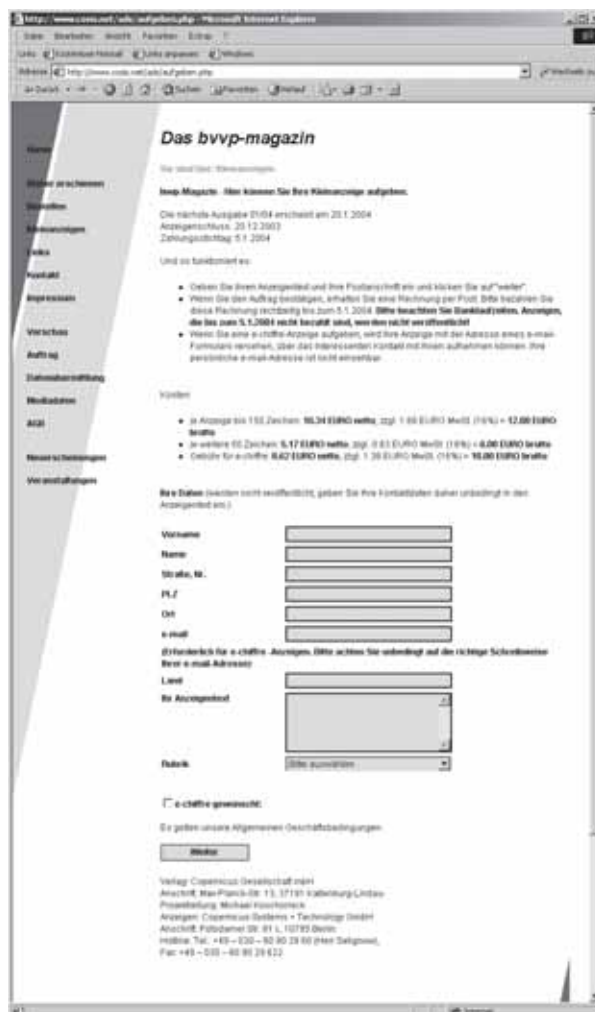
Kleinanzeigen bequem buchen mit unserem Online-Anzeigensystem!

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• schnelle Eingangsbestätigung</li> <li>• kinderleicht zu bedienen</li> <li>• faire Preise</li> <li>• rund um die Uhr für Sie da</li> <li>• superschnelle Chiffre</li> </ul> | <p><b>Preise</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nur 12 € pro Anzeige bis 150 Zeichen –</li> <li>• je weitere 50 Zeichen 6 €</li> <li>• echiffre: 10 €</li> <li>• und Porto gespart</li> </ul> |
|---|---|

Einfach buchen im WWW: [www.bvvp-magazin.de](http://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](http://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 von Birgit Clever .....	4
---------------------------------	---

## BUNDESVORSTAND

Das Herunterrechnen der Psychotherapeutenhonorare nimmt kein Ende .....	5
Entscheidung des Bundessozialgerichts zum Honorar 2000 steht unmittelbar bevor .....	6
Neues vom EBM: wir landen immer wieder da, wo wir schon sind ..	8
Der 2. Deutsche Psychotherapeutentag .....	9
Qualitätsmanagement .....	10
Das TK-Modell – eine spannende Entwicklung .....	11
Strafgebühr der Krankenkassen für psychisch Kranke knapp abgewendet! .....	13
Letzte Meldung .....	13

## SCHWERPUNKT

### PATIENTENRECHTE – MENSCHENRECHTE

Was mich prägte .....	14
Menschenrechte .....	14
Patientenrechte .....	17
Die BAGP will den Wandel .....	18
PatientInnen werden immer wichtiger – vor allem ihr Geld .....	19
Reich und gesund oder arm und krank .....	20
Quantitätssicherung und das Recht des Patienten auf Qualität .....	21
Der arabische Patient .....	23
Wie hältst Du's mit Behandlungsfehlern? .....	23
Du darfst! .....	25
Patientenbeteiligung bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsinstrumenten .....	25

## INTERVIEW

Prof. Dr. Wolfgang Böker: Die galoppierende Medizin – vergaloppiert? .....	27
---	----

## REGIONALVERBÄNDE

MEDI Berlin – aus Sicht des VVP Berlin .....	29
Punktwerte oder Ethik? .....	29
Ethik-Leitlinien für den BVVP-Bayern e.V. ....	30
Aktiv! .....	31

## DAS FINDEN WIR GUT

Verdienstkreuz am Bande für Dr. Waltraut Wirtgen, München .....	32
Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgesellschaften zur Untersuchung von Flüchtlingen vor Abschiebungen .....	32

## FÜR UNS GELESEN

Für uns gelesen .....	34
-----------------------	----

## IMPRESSUM

Impressum .....	28
Die AutorInnen .....	28

## NEUERSCHEINUNGEN

Neuerscheinungen psychotherapeutischer Verlage .....	39
--	----

## VERANSTALTUNGEN

Veranstaltungen .....	40
-----------------------	----

# VORWORT

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Brigit Clever

zum Neuen Jahr wünsche ich Ihnen vor allem Unverdrossenheit, mit all den Bescherungen fertig zu werden, die uns die Politik mit dem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz und unsere Selbstverwaltung mit der ihr eigenen Freundlichkeit uns Psychotherapeuten gegenüber auf den Weihnachtstisch gekippt hat. Wollen wir mal sichten, was wir da so alles an Hauptgeschenken beieinander haben, was schon Realität ist oder bald werden wird.

**1. Praxisgebühr:** Da haben wir sogar noch Glück gehabt, denn ursprünglich wollten die Krankenkassen, dass Patienten, die bei einem ärztlichen, psychologischen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 10 € bezahlt gehabt hätten, beim nächsten Arzt auf jeden Fall noch mal 10 € hätten zahlen müssen. Aber nun soll es bei uns für immerhin das 1. Quartal 04 nur genauso schlimm wie bei unseren anderen ärztlichen Kollegen auch werden, die ärztlichen Psychotherapeuten sollen wie die anderen Fachärzte behandelt werden, die Psychologen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müssen ersatzweise statt mit Überweisungsscheinen mit Quittungen hantieren, aber bezüglich der 10 € gelten auch bei ihnen die gleichen Prinzipien wie bei den Fachärzten. Ansonsten hoffe ich, dass Ihnen der Weihnachtstisch die Ihrem Geschmack und Praxisstil angemessene Registrierkasse, antik oder modern, schon gebracht hat und Sie die ersten praktischen Übungen schon erfolgreich hinter sich haben ...

**2. Abrechnungspflicht über EDV ab 01.01.04:** Auch da hoffe ich, dass der Weihnachtstisch die richtige Ausstattung mit Hard- und Software im Blick hatte und Sie jetzt nur noch den richtigen Klick machen müssen, soweit Sie nicht sowieso schon lange technologiefreundlich orientiert waren. Alle, die übergangsweise noch länger manuell abrechnen, müssen jedenfalls mit steigenden Verwaltungskostenabzügen rechnen.

**3. Qualitätsmanagement:** Nicht zu ehrgeizig einsteigen! (S. 10)

**4. Fortbildungspflicht:** Nicht mehr freiwillig wie bisher, sondern Pflicht, jeder muss bis im Jahr 2009 rezertifiziert sein. Die Ärztekammern hoffen, dem Verwaltungsaufwand standhalten zu können, der auf sie zukommt, und tendieren dazu, die im Rahmen der freiwilligen Fortbildung bisher erworbenen Punkte anzurechnen. Also,

schön alles sammeln und als Veranstalter dafür sorgen, dass die Angebote von den Kammern anerkannt werden. Anzustreben ist dabei auch die wechselseitige Anerkennung und dass die Kammern Ärztlichen und Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gleich viele Fortbildungspunkte für dieselben Veranstaltungen anrechnen.

**5. Lichtblick Repräsentanz der Psychologischen und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in der KBV-VV bei 10% der Gesamtmitglieder:** Ausschlaggebend war letztendlich das Protokoll der Gesundheitsausschusssitzung nach der letzten Anhörung, aus dem ganz klar hervorgeht, dass sich die 10%ige Repräsentanz auf die Gesamtzahl der Mitglieder in der KBV-VV beziehen soll. Damit waren die Versuche von Teilen der KBV beendet, über einfallreiche Konstruktionen die 10%ige Repräsentanz letztlich zu unterlaufen.

**6. Umbruch in der Selbstverwaltung:** Die KVen werden zugunsten von Verwaltungsfunktionen an politischer Wirksamkeit verlieren. Die nächsten KV-Wahlen Mitte 04 werden uns überall deutlich kleinere Vertreterversammlungen beschern. Ärztliche Psychotherapeuten werden eine noch geringere Chance als bisher haben, den Sprung in die Vertreterversammlungen zu schaffen. Die absolute Zahl der PP/KJP-Delegierten wird auch abnehmen, die Abgehobenheit der Delegierten und erst recht des hauptamtlichen Vorstands zur Basis wird zunehmen, ebenso die Tendenz der Basis, ihr Heil in höchst individuellen Aktionen zu suchen, was wiederum die Vertragslandschaft ganz im Sinne der Politik beleben könnte. Denn nicht nur die DMP, sondern auch die Integrierten Versorgungsformen in Kombination mit den von Krankenhäusern einrichtbaren Versorgungszentren werden Ehrgeiz und Kreativität beflügeln und auch manche Fehler befördern. Beispielsweise freuen sich manche Kollegen auf die Möglichkeit, andere, nur approbierte Kollegen, die keine Kassenzulassung haben, anzustellen, ohne zu bemerken, dass sie damit einen weiteren Teil des eigenen sowieso schon knappen ambulanten Honorars abfließen lassen und damit schmälern.

**7. Ein Lieblingsthemen des bvvp, das Geld:** Da blicken wir zunächst hoffnungsfroh dem Anfang 04 anberaumten BSG-Termin für unsere Honorare ab 2000 entgegen. Der bvvp steht mit seinem durchgängig positiven Urteil aus Reutlingen vor dem BSG, die Vereinigung und der DPTV stehen mit zwei etwas verunglückten Verfahren aus Nordrhein-Westfalen an. Die KBV hofft fest entschlossen, aus dem verunglückten Vereinigungsverfahren, in dem die probatorischen Sitzungen als zusätzlich mögliche Arbeitszeit von 15% eingestuft worden waren, den Rückenwind ordentlich zu nutzen und unsere Honorare ab 2000 über diesen Fallstrick stolpern zu lassen. Die unselige Grundsatzentscheidung der KBV und der KVen, von Anbeginn an unseren Honorarbedarf herunterzurechnen und sich jeden Cent richterlich abringen zu lassen, wirkt sich bis heute aus. Zum einen vor Gericht, wo die KBV an dieser Linie festhält, um möglichst Nachzahlungen zu minimieren, zum anderen bei den EBM-Kalkulationen, bei der die KBV weiter nicht stichhaltiges Zahlenmaterial verwendet, wodurch auch die Neukalkulationen systematisch falsch werden müssen. Zum Zeitpunkt, zu dem ich Ihnen jetzt schreibe, droht uns auch im neuen EBM wieder eine Punktzahl von wieder nur 1450 Punkte, statt einer Anhebung auf knapp 1700 Punkte, die gerade noch hinnehmbar gewesen wäre. Dazu kommen ab 01.07.04 die Regelleistungsvolumina, bei denen sich aber eine für uns Psychotherapeuten günstige Regelung abzeichnet. Da die Konzeption noch nicht abgeschlossen ist, sind die Auswirkungen insbesondere der Kombination von EBM und Regelleistungsvolumina noch nicht beurteilbar. Wir werden Sie auf dem Laufenden halten.

BESTE GRÜSSE

BIRGIT CLEVER

# AUS DEM BUNDESVORSTAND



Norbert Bowe

## Das Herunterrechnen der Psychotherapeutenhonorare nimmt kein Ende

Das sog. 10-Pf-Urteil des Bundessozialgericht war noch kein halbes Jahr alt, da hob die Honorarabteilung der KBV, deren Leiter bis vor kurzem Dr. Köhler war, den ersten der – mittlerweile – drei eklatanten Unrechtsbeschlüsse des Bewertungsausschusses zur Berechnung des Mindestpunktwertes für die genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen aus der Taufe. Es war von Anfang an eine hässliche und unrechtmäßige Missgeburt. Wie sollte auch die KBV als unsere Prozessgegnerin vor dem BSG zugleich für uns als faire Interessensvertretung gegenüber den Krankenkassen auftreten können?

Schon im Vorfeld des ersten Bewertungsausschussbeschlusses, fast auf den Tag 4 Jahre vor Erscheinen dieses bvvp-Magazins, startete der bvvp seinen Kampf dagegen, zunächst mit mehreren Schreiben, die auf die größten logischen und betriebswirtschaftlichen Fehler und die Missachtung der Datenlage durch diesen Beschluss hinwiesen, dann mit einem offenen Brief als Appell an KBV-Vorstand und Bewertungsausschuss. Damals mahnten wir als einzig gangbaren Ausweg aus diesem Dilemma an, mit den Psychotherapeuten zusammen die

durch eine verteilungsgerechte Honorierung entstehende Deckungslücke offen zu deklarieren und nach politischen Wegen der Finanzierung zu suchen. Wir schrieben: «Was jetzt widerrechtlich und widergesetzlich heruntergerechnet wird, kommt mit Verzögerung als Bumerang und Doppelbelastung via Nachzahlung und dauerhafte Belastung der Gesamtvergütung auf die Ärzteschaft zurück und ist dann unwiderruflich zum reinen Umverteilungsproblem geworden. Der Gang der Not leidenden Psychotherapeuten vor Gericht wird in seiner Wirkung einer Bankrotterklärung der Funktionstüchtigkeit der Selbstverwaltung gleichkommen.»

Diese Bankrotterklärung wurde bereits mehrfach abgegeben. Sie stellte einige von vielen Mosaiksteinen dar, mit denen die ärztliche Selbstverwaltung sich gegenüber der Politik in Misskredit gebracht hat und weiter bringt.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses konnte nicht aufrechterhalten werden, der bvvp wandte sich daher umgehend an das Bundesgesundheitsministerium und wirkte mit umfangreichem Beweismaterial inzwischen mehrere kritische Stellungnahmen und Vorladungen der KBV beim BMG, so zur Berechnung der Praxiskosten und zur Zugrundelegung des Bezugsjahres 1998. Auch alle Gerichte haben die Unrechtmäßigkeit des Beschlusses inzwischen festgestellt – ohne nennenswerte Wirkung auf unsere Selbstverwaltung, die – immerhin von unseren Verwaltungsgebühren bezahlt – eigentlich als Sachverwalter unserer Interessen zu fungieren hätte.

Eine derart unverbesserliche Haltung, die sich über Recht und Gesetz sowie über die BMG-Bearstandungen hinwegsetzt, dürfte mit dafür den Ausschlag gegeben haben, dass der KBV jetzt mit dem GKV-Moderisierungsgesetz eine weitreichende Fachaufsichtsfunktion durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales auferlegt wurden.

Für unsere Zukunft noch bedrohlicher allerdings wirkt sich inzwischen aus, dass diese Misskalkulationen auch ihren Eingang in die EBM-Berechnungen gefunden hatten. Auch da hat der bvvp umfangreiches Mate-

rial und eigene an den Realitäten orientierte Kalkulationen zu den zentralen Leistungsziffern der KBV-Honorarabteilung vorgelegt und alle verfügbaren Erhebungen ausgewertet (Statistisches Bundesamt 1994, KPMG-Studie 1994, bvvp-Untersuchungen, Sonderauswertung für Psychotherapeuten des Zentralinstitutes der KBV 1999 – zustande gekommen unter maßgeblicher Mitarbeit des bvvp). Wir konnten jedoch bisher noch nie feststellen, dass die in der Datenlage abgebildeten Praxis- und Versorgungsrealitäten einen nennenswerten Informationswert für die KBV-Berechnungen gehabt hätten.

Die Kalkulationen der KBV-Honorarabteilung gingen von Anfang an und bisher unverändert trotz zahlreicher Interventionen des beratenden Fachausschusses und des bvvp von zwei unhaltbaren Annahmen aus:

1. dass ein Auslastungsgrad psychotherapeutischer Praxen von 1548 Sitzungen pro Jahr, der als Spitzenauslastung (laut BSG) nachweislich nur von den wenigsten Psychotherapeuten<sup>1</sup> erbracht werden kann, noch durch Erbringung weiterer Leistungen regelhaft übertroffen werden könnte – nur mit dieser überoptimalen Auslastung könnte der im EBM allgemein zugrunde gelegte und als erreichbar definierte Arztlohn erzielt werden (das heißt für Psychotherapeuten: gar nicht!)

2. dass dabei Praxiskosten mit inzwischen ca. 25.000 € so niedrig anzusetzen seien, dass sie z. T. sogar das empirisch nachgewiesene Kostenniveau der psychotherapeutischen Kleinpraxen unterbieten.

Als Illustration der Sachlage sei nur folgende Gegenüberstellung von Datenlage und Annahmen der KBV-Honorarabteilung und als Steigerung auch noch die völlig frei erfundenen Fantasie-Annahmen der Krankenkassen-Kalkulationen hier wiedergegeben (Tabellen auf Seite 6).

In faktischer Hinsicht stellt bereits die vom BSG in der Plausibilitätsberechnung seiner Urteile zugrunde gelegte optimale *Auslastung (Spitzenauslastung) mit 1548 Behand-*

<sup>1</sup> Mit Psychotherapeut(en) sind in diesem Schriftsatz ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beiderlei Geschlechts bezeichnet.



## 1. Annahmen zur Produktivität

(auf ein Jahr bezogen, Behandlungszeit definiert als probatorische Sitzungen und Behandlungssitzungen à 50 min., mit denen über 90% des Umsatzes erzielt werden)

	Arbeitszeit (A)	Behandlungszeit (B) <sup>1</sup>	Quotient B(Std.)/A(%) = ca. Produktivität
Kassen-EBM 2000+	2346 Std. <sup>2</sup>	2239 Behandlungssitzg. <sup>3</sup>	0,875
KBV-EBM 2000 +	2346 Std. <sup>2</sup>	1664 Behandlungssitzg. <sup>4</sup>	0,65 <sup>5</sup>
Sonderauswertung ZI 1999 Umsatzkl. Groß	2194 Std.	1486 Std. <sup>6</sup> i. S. von Behandlungssitzg.	0,621 <sup>7</sup>
ZI-Umsatzkl. mittel	1750 Std.	1129 Std. <sup>6</sup> i. S. von Behandlungssitzg.	0,551 <sup>8</sup>

1. Behandlungssitzung hier mit 55 min kalkuliert entspr. dem aktuellen Verhandlungsstand 2. (= 51 x 46) 3. (= 2053 Std. x 60/55) 4. (1525 Std. x 60/55 =) 5. Hier wird der günstigste Fall angenommen, dass sich die bisherige KBV-Kalkulation mit der Produktivität bei 0,65 durchsetzen lässt. 6. die Behandlungssitzung wird von Psychotherapeuten i. d. R. als Behandlungs-«Stunde» mit Vor- und Nachbereitung (60 min.) definiert und entsprechend auch bei Erhebungen angegeben. 7. (=0,677 x 55/60) 8. (0,645 x 55/60 =)

## 2. Annahmen zu den Praxiskosten

	Auslastungsgrad <sup>1</sup>	Praxiskosten	Hochrechnung auf KBV-Auslastung – 1664 <sup>2</sup> Sitzg. – (linear)
KBV-EBM-2000+	1660 Sitzg. <sup>3</sup>	ca. 49.358 DM	ca. 49.358 DM
Kassen-EBM-2000+	2239 Sitzg.	ca. 49.358 DM	37.155 DM
KPMG-Studie	ca. 1260 Sitzg. <sup>4</sup>	54.361 DM <sup>5</sup>	ca. 71.616 DM <sup>6</sup>
Statist. Bundesamt (Einzelpraxis) Durchschnitt	1006 Sitzg.	43.700 DM <sup>5</sup>	72.105 DM <sup>6</sup>
Statist. Bundesamt (Einzelpraxis) '94 Spitzengruppe	1729 Sitzg.	72.851 DM <sup>5</sup>	69.937 DM <sup>6</sup>
Sonderauswertung 1999 ZI Umsatzkl. groß	ca. 1486 Sitzg.	62.712 DM <sup>7</sup>	70.055 DM <sup>2</sup>

1. anhand der Zahl d. Behandlungssitzg. 2. unter der optimistischen Annahme, dass eine niedrige Produktivität von 0,675 zu halten sei. 3. Dieser Wert kam trotz Minimalausstattung der Praxen unter katastrophalen Honorarbedingungen 1999 zustande 4. (46,56 Arbeitsstd./Wo.) 5. (1994I) 6. (+ Inflationausgl.) 7. (1999)

lungsstunden pro Jahr ein äußerstes Limit dar, das von den wenigsten Psychotherapeuten derzeit überhaupt realisiert werden kann. Dieses Limit kann allenfalls *ein-schließlich* der übrigen Leistungen erreicht werden und gibt damit – in Punktzahlen ausgedrückt – das grenzwertig noch zu erarbeitende Gesamt-Leistungsvolumen wieder, mit dem der im EBM zugrunde gelegte Arztlohn noch erzielbar sein muss. Und das ist auch nur möglich, wenn auch die Kosten – entsprechend diesem Auslastungsgrad und der vorliegenden Datenlage angepasst – realistisch kalkuliert worden sind.

Das hier beschriebene Faktum der Leistungs-Obergrenze (1548 Stunden Behandlungssitzungen und übrige Leistungen), die für die Berechnung der Produktivität von entscheidender Bedeutung ist, ließe sich jederzeit – wenn man es denn wollte – mit einfachsten Mitteln auf seine Validität überprüfen. Es müsste lediglich quartalsweise der Anteil der Psychotherapeuten ermittelt werden, der dieses Limit erreicht oder überschreitet. Ein Großteil der allein verdienenden Psychotherapeuten stand ja unter den schlechten Honorarbedingungen jahrelang unter Zwang, sich maximal auszulasten. Wenn aber unter diesen Bedingungen eine höhere Auslastung als vom BSG angenommen in kei-

nem nennenswerten Prozentsatz in den Quartalsstatistiken nachweisbar ist, dann müssen die höheren Auslastungsgrade als nicht mit den Realitäten kompatibel verworfen werden.

Unbegreiflich allerdings ist, was sich als die neueste Wendung in Sachen künftiger Honorierung unserer Kernleistungen andeutet: Es reicht offenbar nicht, dass absehbar im Laufe der Verhandlungen mit den Krankenkassen die EBM-Punktzahlbewertungen unserer Kernleistungen, die ja angeblich auf betriebswirtschaftlicher Grundlage erstellt sein sollen, massiv ins Purzeln geraten.

Es gibt Pläne, noch einmal über die Fehl-kalkulationen des EBM hinaus ein weiteres Instrumentarium zum zusätzlichen Herunterrechnen des Punktwertes für die genehmigungspflichtigen Leistungen (im Rahmen der anstehenden Bewertungsausschuss-Beschlüsse zur Regelung der gesetzlich vorgeschriebenen Regelleistungsvolumina) zu installieren. Frei nach dem Motto: wenn der Gesetzgeber eine angemessene Vergütung vorschreibt, ist damit die Erlaubnis gemeint, über die eigenen EBM-(Fehl-)Kalkulationen hinaus die entsprechenden Honorare nach unten zu drücken.

### Fazit

Sollten die Eingaben des GK II und unsere detaillierten Stellungnahmen und Briefe an KBV,

Krankenkassen und Bewertungsausschuss nicht auf der Endstrecke noch ein Einlenken der verantwortlichen Akteure bewirken, bleibt uns nur noch – angesichts der Gefährdung der Zukunft unserer Praxen und unserer täglichen psychotherapeutischen Arbeit – vor Ablauf der Entscheidungsfristen noch einmal alle uns zur Verfügung stehenden Register zu ziehen. Man kann nur wünschen, dass die – unsere – Selbstverwaltung sich in der Lage erweist, hier in letzter Minute einzulenken, und sich nicht erneut nach außen gegenüber der Politik, der Jurisdiktion und der Öffentlichkeit bloßstellt.

NORBERT BOWE

## Entscheidung des Bundessozialgerichts zum Honorar 2000 steht unmittelbar bevor

Das Wichtigste gleich zu Beginn: laut Mitteilung des Bundessozialgerichtes soll das Revisionsverfahren unseres Südwürttemberger bvvp-Musterklägers noch im ersten Quartal 2004 verhandelt und entschieden werden. Diese erfreulich kurze Wartezeit hat sicher auch ihre politischen Gründe:

Denn zum einen wird mit dem neuen EBM 2000 + und den neuen Regularien des GKV-Modernisierungsgesetzes die sicher fällige Umverteilung zugunsten der Psychotherapeuten immer schwieriger, zum anderen dürfte dem BSG nicht verborgen geblieben sein, wie sehr die KBV-Honorarabteilung und der Bewertungsausschuss mit ihren verschiedenen Auflagen des Bewertungsausschuss-Beschlusses zum Mindestpunktwert die klaren Rechtsgrundsätze des BSG geschliffen haben. Und schließlich könnte ein höchstrichterlicher Spruch zur rechten Zeit ggf. gerade noch verhindern, dass das bisher an den Psychotherapeuten verübte Honorar-Unrecht unkorrigiert in die zukunftsstabile Form eines neuen EBM 2000+ gegossen wird. Insofern sehen die Psychotherapeuten der Entscheidung mit hohen Erwartungen entgegen.

In der Revisionserwidern unserer Musterklage ging Rechtsanwalt Dr. M. Kleine-Cosack einerseits auf das Essener LSG-Urteil ein, das annahm, die Psychotherapeuten könnten über die vom BSG zugrunde gelegten 1548 Std. im Jahr hinaus noch pro-

batorische Sitzungen in größerem Umfang erbringen, mit der – irrümlichen – Folgerung, dass deswegen auch ein Mindestpunktwert von weniger als 10 Pf für die genehmigungspflichtigen Leistungen genüge. Es wurde die anhand zahlreicher Untersuchungen dokumentierte Sachlage richtig gestellt, dass über die 1548 Std. Gesamtleistung (einschließlich der übrigen Leistungen) eine weitere Auslastung de facto nicht möglich ist und daher die Erbringung von z. B. probatorischen Leistungen in größerem Umfang im Gegensatz zur Annahme des LSG Essen sogar dazu führt, dass nicht einmal das vom BSG in seiner Plausibilitätsberechnung kalkulierte Einkommen erreicht werden kann.

Andererseits wurde ausführlich zu den Rechtsverdrehungen des Bewertungsausschuss-Beschlusses Stellung genommen. Hier ein Ausschnitt, der sich auf die unhaltbaren Praxiskostenberechnungen des Beschlusses bezieht:

*«Die Beklagte widerspricht sich selbst und offenbart ihre mangelnde Bereitschaft, die Rechtsgrundsätze des BSG umzusetzen, wenn sie auf die Daten des Zentralinstitutes bzgl. der durchschnittlichen Betriebskosten ärztlicher Psychotherapeuten von 50.431 DM in den Jahren 1996 bis 1998 hinweist... Die vom ZI ermittelten Betriebskosten sind durchschnittliche Betriebskosten. Sie weisen bereits in etwa das Niveau der Betriebskosten auf, das die Beklagte als Kostensatz für eine optimal ausgelastete Spitzenpraxis (nach Bewertungsausschussbeschluss-Formel) für die Jahre 2000 und 2001 berechnet hat (53.119,34 DM). Würde die Beklagte allein ihrer eigenen Berechnungslogik folgen, müsste sie den Faktor 1,47 «darauf einwirken lassen», was bereits einen Betrag von ca. 74.200 DM (50.431 DM x 1,47) ergäbe.*

*(3.) Die Einführung einer Ober- und Untergrenze zur Eingrenzung der Streuung der regionalen Kostensätze, welche sich aus der Formel des Bewertungsausschuss-Beschlusses ergeben, sind notwendigerweise ebenso willkürlich, soweit die zugrunde liegende Kostenberechnung – wie oben bereits nachgewiesen – als willkürlich bezeichnet werden muss. Die Einführung einer Obergrenze stellt darüber hinaus insofern noch eine gezielte Benachteiligung der Psychotherapeuten dar, als sie sicherstellt, dass auf jeden Fall der nach dem Bewertungsausschuss-Beschluss berechnete Punktwert unter dem Niveau bleibt, welches das BSG mit seiner Plausibilitätsberechnung vorgegeben hat.*

*(4.) Schließlich zeigt es etwas von der Unbeirrbarkeit des Bewertungsausschuss-*

*es und der Beklagten, wenn der berechtigten Kritik des BMG an der unplausiblen Berechnung und Streuung der Kostensätze nach der Bewertungsausschussformel damit begegnet wird, dass ein unterer Grenzbeitrag von 32.000 DM eingeführt wird (S. 8, 2. Abs. Revisionschrift). Der Bewertungsausschuss und die Beklagte verstoßen hier völlig offensichtlich gegen ihre Verpflichtung zur verteilungsgerechten Vergütung, wenn ein solch niedriger Betrag als möglicher Kostensatz einer optimal ausgelasteten psychotherapeutischen Spitzenpraxis aus gegeben wird. Bei den in der eigenen Revisionsbegründung dargelegten empirisch ermittelten durchschnittlichen Kosten von 50.431 DM (ZI) stellt die Präsentation eines solchen unteren Grenzwertes der Kosten einer Spitzenpraxis einen unwiderlegbaren Beweis der Unbrauchbarkeit der angewandten Bewertungsausschuss-Formel und einen offensichtlichen Verstoß gegen höchstrichterliche Rechtsgrundsätze dar.»*

Inzwischen sind weitere Urteile in erster Instanz zur Vergütung ab 2000 gefällt worden: nach den bereits bekannten bvvp-Musterklage-Prozessen in Reutlingen und Kiel ist auch eine Entscheidung in Mecklenburg-Vorpommern und München gefallen. Beide Sozialgerichte beurteilten den Bewertungsausschuss-Beschluss wie alle bisherigen Sozial- und Landessozialgerichte als rechtswidrig; in Mecklenburg-Vorpommern kam man allerdings zu dem Schluss, ein Punktwert unter 10 Pf genüge aufgrund des niedrigeren allgemeinen Einkommensniveau der dortigen Ärzteschaft. Hier ist unsere Musterklägerin bereits in die Berufung gegangen.

Aus München konnte unser «Prozessbeobachter» Benedikt Waldherr über besonders klare Worte des Sozialgerichts München berichten: *«Das pflichtgemäße Ermessen, das dem Bewertungsbeschluss nach § 85 Absatz 4, SGB V auferlegt ist, wurde nach Auffassung des Gerichtes fehlerhaft, wenn nicht sogar grob fehlerhaft, ausgeübt. In einer erstaunlich klaren, aber auch sehr differenzierten Sprache hat der Richter klargestellt, dass nicht nachvollziehbar sei, warum der Bewertungsausschuss nicht die Modellrechnung des BSG aus dem Grundsatzurteil von 1999 für seine Entscheidung zu Grunde gelegt hat. Das wäre doch nahe liegend und einfach gewesen, um die Honorare in der Psychotherapie rechtssicher zu berechnen.*

*Die komplizierten Berechnungen, die stattdessen durchgeführt wurden, setzten dagegen auf dem falschen Bezugsjahr 1998 auf und seien überdies in sich widersprüchlich. Deshalb sei auch der darauf ent-*

*wickelte Mindestpunktwert Psychotherapie nicht richtig berechnet worden.»*

Und besonders erfreulich ist die neueste Entscheidung des LSG Baden-Württemberg zum § 44 (2) SGBX. Unser südwürttembergische Musterkläger hatte die KV verklagt, dass sie trotz Bestandskraft der Honorarbescheide der Jahre 95–98 (es waren keine Widersprüche eingelegt worden) für diesen Zeitraum die genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen zum Mindestpunktwert von 10 Pf nach zu vergüten habe. Laut unserem Musterkläger hatte der Richter sinngemäß geäußert, dass hier Unrecht geschehen und von der Beklagten in der Vergangenheit immer zu Lasten der Schwächeren entschieden worden sei. Wie wahr!

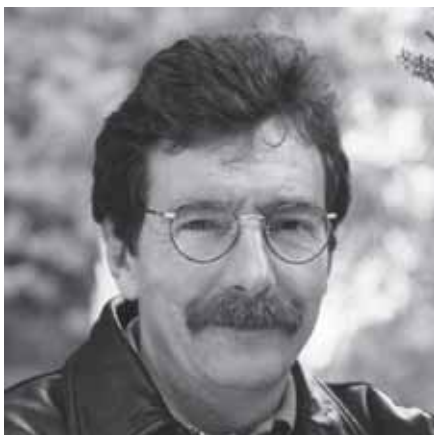
Angesichts der höchst unerfreulichen Entwicklungen bei den jüngsten EBM-Verhandlungen, die ein massives Absinken der Punktzahlbewertung unserer Kernleistungen erwarten lassen, sind diese wiederholt positiven Erfahrungen vor den Gerichte besonders wertvoll: man hätte ohne diese «heilsamen» Richtigstellungen wohl schon des Öfteren an der Wirksamkeit von Vernunft und demokratischen Regeln zweifeln bzw. an deren Unwirksamkeit verzweifeln können ...

Zuletzt noch eine weitere gute Nachricht: Mit der neuen Bestimmung des § 85 (4) Satz 4 SGBV kommt die völlig widersinnige 90%-Grenze in weiten Teilen zu Fall. Ab dem 1.1.04 gilt das Gebot einer angemessenen Vergütung zeitgebundener psychotherapeutischer Leistungen auch für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin. Allerdings behält leider das 90%-Kriterium für die psychotherapeutisch tätigen Ärzte weiter seine Gültigkeit, die einer nicht in § 85 (4) Satz 4 genannten Arztgruppe angehören, wie z. B. die psychotherapeutisch tätigen Hausärzte.

Das bedeutet auch, dass zukünftig die leidige 90%-Grenze unsere Berufsgruppen übergreifende Interessengemeinschaft der Psychotherapeuten nicht mehr wird entzweien können. Wir werden gegen die unrechtmäßigen Honorierungen, die aus dem neuen EBM erwachsen – wie sich aus den derzeitigen Entwicklungstendenzen unschwer als notwendig erkennen lässt – wieder gemeinsam mit für die Gesamtgruppe der Psychotherapeuten geführten Musterklageverfahren angehen können. Und der bisherige Verlauf der EBM-Verhandlungen lässt auch vermuten, dass das rasch bitter nötig wird ...

NORBERT BOWE

## Neues vom EBM: wir landen immer wieder da, wo wir schon sind



Frank Roland Deister

Die Verhandlungen zum neuen EBM 2000 plus zwischen Kassen und KBV sind weiter im Gange und die KBV vertritt dabei die Interessen der Leistungserbringer. Das besondere Problem für uns bei der Sache ist allerdings, dass die KBV hier einerseits unsere Leistungen zunächst angemessen berechnen und bewerten und dann als unsere Interessenvertretung versuchen müsste, ein gutes Ergebnis herauszuhandeln. Andererseits ist die KBV aber gleichzeitig weiterhin unser Prozessgegner, der äußerst daran interessiert ist, unsere Leistungen herunterzurechnen, um zu erreichen, dass für die weiterhin streitanhängigen Jahre ab 2000 die KVen nichts oder möglichst wenig nachzahlen müssen.

Personell zeigt sich dieses Problem zugespitzt in der Person des stellvertretenden Hauptgeschäftsführers der KBV, Dr. Köhler, der den EBM 2000 plus maßgeblich konzipiert hat und nach wie vor federführend dafür zuständig ist, aber gleichzeitig als Geschäftsführer des Bewertungsausschusses vor Gericht gegen uns auftritt. Daher wollte Herr Köhler natürlich z. B. die vom BSG in seinen wegweisenden 10-Pfennig-Urteilen angesetzten und in mehreren Berechnungen vom bvvp nachgewiesenen Kosten einer optimal ausgelasteten Standardpraxis (ca. 90.000,- DM/46.000,- €) nie für die angeblich exakt betriebswirtschaftlich begründete Kalkulation des EBM 2000 plus ansetzen, obwohl dies logisch und rechnerisch zwingend gewesen wäre und wir, aber auch die Mehrheit des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie, dies immer wieder forderten. In den Gerichts-

verfahren hat gerade Dr. Köhler als Vertreter des Bewertungsausschusses die Notwendigkeit des Ansatzes von Kosten in dieser Höhe immer wieder bestritten.

Daher ging die KBV-Kalkulation unseres Kapitels im neuen EBM – gegen unseren Widerstand – von vornherein und unbeeinflussbar von viel zu niedrigen Kosten, nämlich ca. 27.000,- €, aus. Nachdem nun aber klar wird, dass die endgültige Bewertung unserer Leistungen insgesamt zu niedrig sein wird und wir eine Diskussion über die Kostensätze neu eröffnen wollen, bekommen wir jedoch gesagt: «Über die Kosten haben wir schon abschließend im Erweiterten Bewertungsausschuss geeinigt!»... So geht das.

Immerhin konnte die KBV überzeugt werden, dass unsere Produktivität – d. h. das Verhältnis von Patientenkontakt zu sonstiger Arbeitszeit – weit unterhalb der in der sonstigen Ärzteschaft liegt. Sie wurde zwar nicht in der von uns gewünschten Höhe von 55% angesetzt, landete jedoch letztlich mit ca. 65% deutlich unterhalb der sonstigen Ärzteschaft, die allgemein von der KBV bei 85% eingestuft wurde. Aufgrund dieser Voraussetzungen waren für uns im Beratenden Fachausschuss der KBV in harten Verhandlungen für unsere Hauptleistung, die Richtlinientherapiestunde, gerade noch 1680 Punkte als Kompromisslinie erreichbar. Diesen Kompromiss akzeptierte dann auch der KBV-Vorstand, und daher ging die KBV damit in die Verhandlungen mit den Kassen.

Nach den ersten Verhandlungsrunden waren wir aber schon auf ca. 1575 Punkte für unsere Sitzung abgefallen, ohne dass uns jemand genau erklären konnte, wieso. Dabei blieb es aber nicht. Denn im – letztinstanzlich zuständigen – Erweiterten Bewertungsausschuss (eine Art Schiedsverfahren mit einem unabhängigen Vorsitzenden) ist entschieden worden, dass die Produktivität durchschnittlich über alle Arztgruppen bei 87,5% Prozent bei angenommenen 51 Wochenstunden Arbeitszeit zu liegen habe. Eine Anwendung dieses Durchschnittwertes auf uns Psychotherapeuten würde für uns jedoch entweder unzumutbar hohe Wochenarbeitszeiten bedeuten oder es völlig unmöglich machen, mit anderen Arztgruppen nur annähernd vergleichbare Honorare zu erwirtschaften.

Auch an anderen «Stellschrauben» wurde noch zusätzlich gedreht: Hatten wir im Verhandlungsentwurf der KBV zunächst eine Dokumentationszeit von 10 Minuten erkämpft, so dass damit eine Einzeltherapiesitzung praktisch mit 60 Minuten kalkuliert wurde, sind es jetzt nur noch 5 Minuten – und das kostet Punkte. (Ähnlich ist

es mit einer durch die Kassen erzwungenen Herabsetzung des technischen Leistungsanteils, in dem u. a. die Raumnutzung erfasst wird: Je niedriger die Quote der Ausnutzung eines Raumes sein kann, umso höher muss der Wert der technischen Leistung sein. Wenn man nun – wie die Krankenkassen – die Raumnutzung nicht wirklich daran orientiert, wie lange ein Leistungserbringer überhaupt «Wert schöpfend» tätig sein kann, dann wird die Bezahlung der Leistung niedriger. Auch bei den Kosten haben die Kassen gestrichen: Kfz-Nutzung und mitarbeitende Familienangehörige werden nicht mehr eingerechnet ...)

So waren wir Stück für Stück bis Ende November bereits auf 1405 Punkte für die Therapiestunde abgesackt. Dann kam am 10. Dezember die endgültige Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses über die zwischen KBV und Kassen strittige Einstufung der Arztminute: Deren Bewertung liegt jetzt – wie eigentlich nicht anders zu erwarten – ungefähr in der Mitte zwischen KBV-Forderung (87 Cent) und Kassenvorschlag (67 Cent), nämlich bei 77,9 Cent. Damit würden wir – ohne den uns gemäßen Produktivitätsfaktor – insgesamt weit unterhalb der jetzigen Bewertung bei ca. 1285 Punkten landen!!!... (Im Hinblick auf die Vergleichbarkeit mit den Einkommen anderer Arztgruppen müsste uns ein Wert von 77,9 Cent nicht zu sehr stören – aber eben nur, wenn wir eine unserer maximalen Auslastung von ca. 36 Sitzungen pro Woche entsprechende Kalkulation hätten.)

Die KBV versichert uns zwar, dass es am Ende so schlimm nicht kommen werde, denn sie habe schon noch etwas Spielraum, z. B. bei der Produktivität, die nur durchschnittlich über alle Arzt-Gruppen bei 87,5% Prozent liegen müsse. Sie werde auch eine Absenkung unter die jetzige Bewertung nicht mitmachen – wie tröstlich!!!

Hier wird weiter hart gekämpft werden müssen: Nach den bvvp-Berechnungen – die der KBV vorliegen – kann die Produktivität einer Spar-Praxis, die mit nur 25.000,- € – wie aktuell angesetzt – zu betreiben wäre, nur bei ca. 50% liegen, da der Praxisinhaber alles, aber wirklich alles selber machen muss – sogar das Putzen der Toilette. Wenn aber die KBV sich auf eine solche Größenordnung einlassen würde, wäre dies ein Wunder. Kaum anzunehmen, dass sie das machen will. Der Druck der somatisch tätigen Ärzte auf die KBV ist im Umgang mit den Spitzenfunktionären der KBV manchmal physisch spürbar ...

Ach übrigens – ein kleiner Trost: Die Testverfahren, die als gesondert abzurechnende



Ziffern ja zunächst aus dem EBM rausgefallen waren, sind wieder drin.

FRANK ROLAND DEISTER

## Der 2. Deutsche Psychotherapeutentag

Am 1. November diesen Jahres fand der «2. Deutsche Psychotherapeutentag» in Düsseldorf statt, d. h. die zweite Delegiertenversammlung (DV) der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), zu der die Landeskammern ihre gewählten Delegierten entsenden haben. Die Delegierten des bvvp sind hier Helga Planz aus Hessen, Benedikt Waldherr aus Bayern, Martin Klett aus Baden-Württemberg und ich, ebenfalls aus Hessen. Martin Klett ist darüber hinaus auch noch als Vertreter der KJP im Länderrat der Bundespsychotherapeutenkammer gewählt. Mit diesen unseren kompetenten Vertretern und über die Verbindung mit unseren engen Bündnispartnern DGPT und VaKJP ist der bvvp über alle entscheidenden Prozesse der Kammer informiert und mitbeteiligt, und wir hoffen, dass wir – wenn auch als vergleichsweise kleine Gruppe – auch immer wieder mitgestalten können.

Der Präsident Detlev Kommer berichtete über zahlreiche Aktivitäten des ersten halben Jahres seit der Wahl des Präsidiums und der Gründung der Kammer. Die Delegierten sparten nicht mit Lob für den unermüdlichen Einsatz des Vorstands auf den verschiedensten Feldern – es gab zahlreiche Termine v. a. auch im Zusammenhang mit dem bevorstehenden GKV-Modernisierungsgesetz mit Politikern, im Gesundheitsausschuss des Bundestags, bei der KBV, aber auch bei der BÄK und bei Landespsychotherapeutenkammern. Und parallel dazu musste noch der Aufbau der Geschäftsstelle vorangetrieben werden. Die Delegierten sparten aber auch nicht mit Kritik. Letztere entzündete sich einmal an dem «Antrittsbesuch der BPTK» bei Staatssekretär Schröder im BMGS, der befremdlicherweise nur vom Präsidenten und zwei Vertretern der «Vereinigung», den Herren Weidhaas und Burkart, wahrgenommen wurde. Letztere sind nicht nur keine Bundeskammervorstandsmitglieder – Herr Weidhaas ist auch in keinem Länderkammervorstand, und Herr Burkart, der zwar in Hessen Kammervorstandsmitglied ist, wurde von seiner Kammer dazu nicht legitimiert.

Ein weiterer wesentlicher Kritikpunkt war

ein Schreiben des Vorstands an die Technikerkrankenkasse. Einige Delegierten – auch ich – vertraten die Auffassung, dass in dem Schreiben, das in der Kollegenschaft äußerst umstrittene «TK-Projekt» viel zu positiv bewertet wurde und der Text die notwendige Neutralität vermissen ließ. Auch wenn Herr Kommer das TK-Modell in seiner Funktion als 2. Vorsitzender des DPTV gefördert und befürwortet hat, so muss er doch jetzt – im Gegensatz zu den Aufgaben eines Verbandsfunktionärs – seine Äußerungen als Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer so ausgleichend formulieren, dass sich alle Gruppen in seinen Verlautbarungen wieder finden und eben nicht ausgegrenzt fühlen.

Auch die Neubesetzung des Wissenschaftlichen Beirates nach § 11 PsychThG durch den Vorstand just drei Tage vor der Delegiertenversammlung wurde sehr kontrovers diskutiert. Diese Entscheidung – in Kenntnis der Tatsache, dass bereits einige Anträge vorlagen, die das Thema bearbeiten wollten – wurde von einigen Delegierten als Ausweichmanöver und Flucht nach vorne verstanden, da sie der Meinung waren, in dieser wichtigen Grundsatzfrage hätte auch die Delegiertenversammlung mit zu bestimmen. (Es sind jetzt auf PP/KJP-Seite neu benannt: die Professoren Günter Esser, Jürgen Kriz, Falk Leichsenring, Jürgen Margraf, Rainer Richter und Dietmar Schulte.)

Ein weiterer äußerst umstrittener Punkt war der Haushalt. Der Haushaltsentwurf des Vorstands für 2004 war so konzipiert, dass er Folgekosten im Jahr 2005 nach sich ziehen würde, die möglicherweise nur mit einer Erhöhung des Beitrags pro Mitglied im Jahr 2005 von z. Zt. 30,- € auf ca. 39,- € (wie bisher in den Länderkammerbeträgen enthalten) zu decken wären. Dass die bisherigen 30,- € zukünftig nicht für die vielfältigen Aufgaben der Kammer reichen werden, war eigentlich unstrittig – es gab aber einen etwas zusammengestrichenen Gegenentwurf des Finanzausschusses, der auf eine Erhöhung von nur 33,- € hinauslief. Letztlich wurde doch mehrheitlich der Entwurf des Vorstands abgesegnet, – auch weil der Vorstand sparsame Haushaltsführung und die Absicht, den Etatansatz zu unterschreiben, gelobte.

Ein weiter umstrittener wichtiger Tagesordnungspunkt war die notwendige Besetzung der Ausschüsse und Kommissionen. Es war Wunsch des Vorstands und wohl auch der Delegierten, dass diese Gremien im Konsens unter Berücksichtigung aller wichtigen Gruppen besetzt werden sollten. Die Auseinandersetzungen darüber fanden aber nicht

mehr in der Delegiertenversammlung, sondern in vielen Vorverhandlungen in den Wochen zuvor und am Vorabend statt. So lag dann sowohl die Zahl und Struktur der Ausschüsse und Kommissionen als auch die Besetzung schon ziemlich fest.

Es wurden drei fünfköpfige Kommissionen «Weiterbildung», «Fortbildung» und «Qualitätssicherung» gebildet. Ferner wurden die – langfristiger angelegten – Ausschüsse «KJP» und «Psychotherapeuten in Institutionen» gegründet. Der KJP-Ausschuss hat vier Vertreter, der Institutionen- und Angestelltenausschuss unterteilt sich in zwei Unterausschüsse mit je fünf Vertretern für die Angelegenheiten der «Kliniken» und die der «Beratungsstellen/Jugendhilfe». In allen Kommissionen sollen die Verbände, die in der Kommission personell nicht vertreten sind, per Anhörung einbezogen werden. Aufgrund der ausgiebigen Vorarbeiten konnte die Besetzung einvernehmlich und en bloc erfolgen. Der bvvp ist mit Martin Klett in der Weiterbildungskommission und mit Alfred Krieger im Ausschuss «Beratungsstellen/Jugendhilfe» vertreten. Wir gratulieren den beiden zu ihrer Wahl und wünschen ihnen viel Erfolg und die nötige Umsicht.

Übrigens: Es gibt jetzt auch eine endgültige offizielle Adresse der Kammer in Berlin. Der Vorstand hat sehr repräsentative Räume in einer Jugendstilvilla in der Klosterstraße 64, nahe Alexanderplatz, angemietet. Die 425 qm sind allerdings nicht ganz billig, wie man sich denken kann, aber hier gleich Verschwendung zu vermuten, wäre möglicherweise doch etwas voreilig. Immerhin bedarf es durchaus eines gewissen Apparats und Auftretens, damit man sich im politischen Terrain Gehör verschafft und ernst genommen wird. Wie an vielen anderen Stellen im Haushalt muss man auch hier den schwierigen Spagat und manchmal auch schwierige Kompromisse versuchen zwischen den Finanzierungsmöglichkeiten einer vergleichsweise «kleinen» Kammer (verglichen beispielsweise mit der Bundesärztekammer) und der Vielfalt und dem Umfang an Aufgaben, derer sich diese Kammer kompetent annehmen sollte.

Auf jeden Fall muss man der jungen Bundespsychotherapeutenkammer lassen, dass sich die Mitglieder bis jetzt voll Aufbruchsstimmung und Elan an die großen, neuen Aufgaben heranmachen und auch schon viele inhaltliche Diskussionen geführt und neue Strukturen geschaffen haben. Auch wenn es dabei genügend Kontroversen und interne Interessensgegensätze gibt, ist der Kammer zu wünschen, dass sie es schaffen möge, möglichst lange das Engagement ihrer Mit-

glieder zu erhalten, um so lange dem Schicksal institutioneller Erstarrung zu entgehen. Lebendigkeit und kluge Beteiligung, Transparenz und Offenheit in der Begegnung sind da gefragt – nicht Ausgrenzung und Mundtotmachen kontroverser Strömungen.

FRANK ROLAND DEISTER

## Qualitätsmanagement



Elisabeth Schneider-Reinsch

Nach dem neuen Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems kommt eine neue Herausforderung auf die niedergelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten zu: Das Qualitätsmanagement.

Wir möchten Sie im Folgenden in diesen Bereich einführen.

Während Qualitätsmanagement (QM) im stationären Bereich bereits länger eingeführt ist, kommt QM nach dem GMG jetzt auch auf die Niedergelassenen zu. Dazu heißt es im GMG § 135a:

### »Verpflichtung zur Qualitätssicherung

*Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.*

Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsauftrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 136a, 136b, 137 und 137d verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die

insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und *einrichtungsin- tern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.*» (Hervorhebungen durch die Autorin)

Während Qualitätssicherung (QS) im Beratenden Bundesfachausschuss zur Diskussion ansteht und die Krankenkassen insbesondere ein Interesse an ergebnisorientierter QS haben, verläuft die Diskussion um QM eher vielseitig und unkoordiniert.

### Was versteht man überhaupt unter QM?

Nach dem Deutschen Institut für Normierung definiert man Qualitätsmanagement bei der DIN EN ISO 9000 als «aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zur Leitung und Lenkung einer Organisation bzgl. Qualität.» Dazu gehören die Festlegung der Qualitätspolitik (mit Leitbildern), Qualitätsziele, Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung (als ein Aspekt von QM) und Qualitätsverbesserung. Zu berücksichtigen sind dabei Aspekte der Wirtschaftlichkeit, der Gesetzgebung, der Umwelt, Wünsche und Anforderungen der Kunden (Patienten), die Nicht-Delegierbarkeit von Verantwortung der Leitung für QM, die konsequente Umsetzung auf allen Hierarchieebenen, die Einbeziehung der Mitarbeiter und eine vertrauensvolle Kommunikation. Während im Klinikbereich solche Anforderungen Sinn machen, stellt sich die Frage: wie sieht das für den niedergelassenen Bereich aus? Hier werden als Ziele angestrebt: Garantie/Erhöhung der Qualität von Prozessen, Identifizierung/Analyse/Behebung von Problemen, Sicherung der Strukturqualität, Evaluation/Sicherung/Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität, Personal- und Qualitätsentwicklung, Erhöhung der Arbeitszufriedenheit, Gewährleistung der Betreuungsqualität, insbesondere aus Patientensicht, Verbesserung der Patientenversorgung, effiziente und effektive Leistungserbringung.

QM hat das Ziel eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, die Philosophie dabei ist, dass es überall Verbesserungspotential gibt, das in einem Plan-Do-Act-Check-Zyklus systematisch erfasst und verändert/gemessen werden kann. QM in der niedergelassenen Praxis soll helfen, dass der Patient ein erreichbares Ziel erreicht, wobei unnötige Risiken und unnötiger Aufwand zu vermeiden sind (nach der Definition der Bundesärztekammer).

Qualität lässt sich durch Qualitätsindikatoren erfassen. «Das sind Maße, deren Aus-

prägung eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen der Versorgung ermöglichen sollen» (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2003).

Auch wenn wir kleine Praxen haben, ohne Wartezeit für den Patienten (was ein wichtiges Qualitätskriterium darstellt) und meist ohne Personal, so sind auch wir zu QM verpflichtet und können bei näherem Hinsehen durchaus Verbesserungspotential in unseren Praxen feststellen (z. B. mit Fragen wie: Wie führe ich Wartelisten? Wie gut erreichbar bin ich für Therapieplatzsuchende/für meine Patienten? Biete ich Kriseninterventionen an? Wie kommuniziere ich mit Zuweisern? Wie dokumentiere ich? Wie zufrieden sind meine Patienten mit meiner Praxisführung und Behandlung? Wie gehe ich mit kritischen Ereignissen in der Therapie um? u. v. m.).

Hinzuweisen ist, dass wir nur allgemein zu QM verpflichtet sind. Vorgaben werden möglicherweise durch den Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen entwickelt. QM in Praxen können, müssen jedoch noch nicht zu einer Zertifizierung führen. Allerdings gibt es bereits Praxen, die sich zertifizieren lassen (auch aus Wettbewerbsgründen). Als Zertifizierungssysteme gibt es bereits auf dem Markt Zertifizierungen nach DIN ISO 9000, nach EFQM (european foundation for quality management) und nach KPQ (ein von der KV Westfalen-Lippe entwickeltes Programm). Sowohl die KBV als auch die KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus) arbeiten an zertifizierungsfähigen Programmen für den niedergelassenen Bereich, wobei bei KTQ die Ersatzkassen mit beteiligt sind. KBV und KTQ entwickeln Versionen für alle Niedergelassenen. Wenn es keine abgespeckte Form für die Psychotherapeuten gibt, sind diese Programme für uns in einigen Bereichen irrelevant. Auch könnte eine Adaptation eines QM-Programmes für Hausärzte (Topas, Prof. Sczeczeyni) für uns sinnvoll sein. Wir sind dabei, dies zu prüfen.

Sie sehen, der Markt ist unübersichtlich und die angebotenen QM-Programme für uns oft überfrachtet (QM ist für uns weder bzgl. Technik noch Mitarbeiterbeteiligung sinnvoll).

Wie erfolgt die Implementierung von QM? Zunächst erfolgen eine Basisschulung und ein Coaching in den beteiligten Praxen. Ein QM-Handbuch kann dazu als Basisgerüst zur Verfügung stehen. Es erfolgt dann am Ende der Implementierungsphase ein internes Audit. Der Auditbericht entspricht dem gesetzlich geforderten Qualitätsbericht. Danach kann die Zertifizierung der beteiligten

Praxen im Matrixzertifizierungsverfahren durch ein freies, unabhängiges Zertifizierungsunternehmen erfolgen. Vergeben werden kann dann das Zertifikat (z. B. zertifiziert nach DIN ISO 9000).

Es gibt erste Zertifizierungen von Psychotherapie-Praxen nach DIN ISO 9000, die auf einem System von zwei Kolleginnen des BVVP-Bayern beruhen und mit einer Firma – Q4 – organisiert werden. Die Zertifizierung findet nach dem oben beschriebenen Vorgehen statt. Für bvvp-Mitglieder gibt es dabei einen Sonderpreis von 2.350 Euro für 3 Jahre. Als Leistungen werden angeboten: QM-Handbuch, anwendungsorientierte Basisschulung, Supervision, Netzwerkaudit, Zertifizierung nach DIN ISO, jährliche Supervision in Kleingruppen, kontinuierliche Weiterentwicklung des QM-Systems, jährliche Auswertung und Analyse der anonymisierten Selbstbewertung, Netzwerkverwaltung/Projektmanagement.

Da der QM-Bereich sich in den nächsten Jahren erheblich weiterentwickeln wird, wird es zukünftig sicherlich noch mehr PT-spezifische Anbieter geben. Derzeit ist das Programm von Schleu/Q4 das für den PT-Bereich am meisten ausgereifte.

ELISABETH SCHNEIDER-REINSCH

## Das TK-Modell – eine spannende Entwicklung

Die Geschichte des TK-Modells war seit seinen Anfängen vor gut einem Jahr von heftigen fachlichen und berufspolitischen Kontroversen geprägt und stellt insofern ein erstaunliches Phänomen dar, als es sich bisher trotzdem oder gerade deshalb großer Veränderungen erfreut, die es zu einem ernstzunehmenden Projekt gemacht haben, das wahrscheinlich, wenn es denn zu Vertragsabschlüssen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Technikerkrankenkasse (TK) kommt, einen hochinteressanten und umfangreichen Datensatz zur psychotherapeutischen Versorgung liefern wird.

Die Bundespsychotherapeutenkammer und auch einige Landespsychotherapeutenkammern äußerten sich schnell grundsätzlich positiv gegenüber Modellprojekten wie dem der Techniker-Krankenkasse, allerdings nicht ohne abwägend anzumerken, dass verfahrensspezifische Besonderheiten angemessen berücksichtigt werden müssen. Bei den Berufsverbänden und entlang der psychotherapeutischen Behandlungsmethoden: der Verhaltenstherapie, den analytischen und den humanistischen Verfahren, scheiden sich allerdings die Geister und erhitzten sich die Gemüter. Vereinigung, DPTV und auch die DGVT begrüßten das Modell-Projekt von Anfang an und warben für seine Realisierung, ohne sich öffentlich erkennbar damit kritisch auseinandergesetzt zu haben. Unverständlich, denn es stellt doch eine der Kernaufgaben von Berufsverbänden dar, von anderen Akteuren im Gesundheitswesen an die eigene Berufsgruppe herangetragene Ansinnen gründlich zu prüfen und auf Stolpersteine abzuklopfen. Und kein Projekt kann von Anfang an so ausge-

feilt sein, dass es keinen Veränderungsbedarf gäbe, das liegt einfach in der Natur der Sache. Der vpp im BDP bezog eine abwägend kritische Position und problematisierte zu recht, ob Computer gestützte Rückmeldeverfahren mit Psychotherapie überhaupt vereinbar sind, befasste sich aber meines Wissens nach nicht mit der konkreten Umsetzung der Vorbehalte im TK-Modell. Die DGPT war höchst kritisch und lehnte das TK-Modell im Entwurfsstadium als völlig inkompatibel mit der verfahrensspezifischen Arbeitsweise von Analytikern zurecht rundweg ab, trat aber dann doch in den Dialog mit den Initiatoren des Projektes ein und gestaltete wesentliche Veränderungen im Projektplan mit Unterstützung von Herrn Prof. G. Rudolf, Heidelberg mit. Herr Prof. Rudolf arbeitet selbst schwerpunktmäßig in der Psychotherapieforschung und speziell zur Feststellung der Veränderungsprozesse bei analytischen und tiefenpsychologisch fundierten Therapien. Der bvvp stand dem TK-Modell ebenfalls sehr kritisch gegenüber. Auch wir halten es nach wie vor für sehr unwahrscheinlich, mit einem gegenüber dem bisherigen Gutachterverfahren um wesentliche Bestandteile wie der Anamnese reduzierten und stattdessen schwerpunktmäßig auf psychometrische Messungen gestützten modifizierten Gutachterverfahren eine höhere Beurteilungsqualität als bisher zustande bringen zu können, und wir können uns auch nach wie vor nicht vorstellen, dass die im TK-Modell derzeit konzipierten Computer gestützten Rückmeldungen zum Therapieprozess wie ursprünglich vorgesehen eine valide Steuerung des Therapieumfanges im Sinne einer externen Qualitätssicherung leisten könnten. Vorstellbar dagegen ist, dass diese Rückmeldungen im Sinne der internen Qualitätssicherung den Therapeuten brauchbare Zusatzinformationen liefern könnten. Ob aber insgesamt der vermutlich letztlich eher höhere Aufwand einen Qualitätsvorteil erbringen kann, ist aus unserer Sicht mehr als fraglich. Trotzdem ha-

### **23. Internationale Focusing Sommerschule**

25. Juli bis 8. August 2004, Humboldt-Haus bei Lindau/Bodensee

**Dr. Luise Reddemann:** Trauma-Therapie für Focusing-Leute

**Pater Anselm Grün:** Dem Leben Tiefe geben

**Dr. Johannes Wiltschko:** Focusing-Dojo – Klaus Renn: Tiefenprozesse

Info und Anmeldung: Deutsches Ausbildungsinstitut für Focusing und Focusing-Therapie (DAF)  
97070 Würzburg, Ludwigstraße 8a, 0931 416283, [www.focusing-daf.de](http://www.focusing-daf.de)



ben wir uns von Beginn an zu einer kritischen Prüfung, mitgestaltender Begleitung im Detail an den jeweiligen Entwürfen und deren sukzessiven Überarbeitungen verstanden mit dem Vorbehalt, unseren Mitgliedern von einer Teilnahme an diesem Projekt abzuraten, sollten in der Endfassung unserer Meinung nach noch inhaltliche, formale oder ökonomische Pferdefüße enthalten sein. Rückblickend möchte ich festhalten, dass bei aller Skepsis bezüglich der Eigeninteressen, die eine Krankenkasse zu einem solchen Projekt bewegen mag, die Technerkasse und die mit dem Projekt von der TK beauftragten Wissenschaftler über den gesamten Auseinandersetzungszeitraum hinweg sich allen sachlich begründeten und notwendigen Veränderungen gestellt haben und bis jetzt in allen kontroversen Fragen Lösungen gefunden werden konnten, die für alle Seiten akzeptabel sind. Ich finde, das ist eine gute Leistung, denn wir haben unsererseits keine inhaltlichen Abstriche gemacht und der TK immer und immer wieder Veränderungen und Nachbesserungen abverlangt, und die TK hat diesen für ein Kassen-Modell-Projekt ungewöhnlich hohen Verhandlungsaufwand auf sich genommen. Inzwischen sind das Projekt und die Evaluation des Projekts so konzipiert, dass die wesentlichen und ganz grundsätzlichen Knock-out-Kriterien, die wir eingangs gesehen hatten, behoben sind. Es gibt weitere Details, die wir noch zu klären vereinbart haben, aber die Gesamtkonzeption ist nun so, dass wir als Verband keine Bedenken mehr haben, wenn die regionalen Fachausschüsse in den KVen, in denen die TK einen Vertragsabschluss anstrebt, in die Beschlussfassung eintreten. Die regionalen Fachausschüsse ihrerseits haben teilweise auch schon erhebliche Detailarbeit geleistet und werden sicher eine sinnvolle Abwägung vornehmen können. Sie müssen ggfs. dann auch noch über die Vergütung nachdenken, damit der mit dem Projekt verbundene Mehraufwand für die Therapeuten adäquat abgegolten wird und eine Teilnahme auch nicht zu einem Minusgeschäft in ökonomischer Hinsicht wird.

Ich möchte Ihnen abschließend noch einen kleinen exemplarischen Einblick in die Beratungstiefe geben, damit Sie sich in etwa ein Bild darüber machen können, wie intensiv und umfassend wir geprüft und verhandelt haben. Sehr hilfreich war dem bvvp die hervorragende Unterstützung unseres Kollegen Herrn PD Dr. C. Scheidt von der DGPT, vor allem die Unterstützung von Herrn Prof. Dr. Rudolf.

Wir alle wissen ja, dass man nur der Statistik glauben darf, die man selbst gefälscht hat!

Die jetzt vorgenommenen Modifikationen betreffen im Großen inhaltlich den Haupteinwand der zahlreichen Diskussionen, nämlich die notwendige Entkopplung von Computer gesteuertem Rückmeldesignal und Stundenkontingenten sowie die bessere Abbildung der Ergebnisse analytischer Therapien über die Nutzung der Heidelberger Umstrukturierungsskala. Dieses Instrument wurde von Prof. Rudolf entwickelt. Zur Sicherstellung eines reibungslosen Projektablaufs werden regionale Projektbeiräte implementiert. Außerdem wird ein überregionaler wissenschaftlicher Beirat gegründet, um den Evaluator in Detailfragen zu unterstützen bzw. den Evaluationsbericht vor Veröffentlichung zu prüfen und ggf. Korrekturen einzuleiten.

Nun exemplarisch einige noch umzusetzende Änderungen, die bereits zwischen bvvp und TK besprochen wurden:

### 1. Modifiziertes Gutachterverfahren

Die Gutachter sollen überprüfen, ob im verkürzten Antragsverfahren zum Fortsetzungsbericht auf Angaben zur Anamnese und zur Psychodynamik/Verhaltensanalyse wie vorgesehen verzichtet werden kann.

Bei der Auswahl der Gutachter ist auf eine angemessene Beteiligung ärztlicher und psychologischer Gutachter zu achten.

Art und Umfang der Messungen in der Kontrollgruppe müssen nochmals mit den Wissenschaftlern, die das Modellprojekt evaluieren sollen, besprochen werden. Eine letzte Klärung dieses Fragenkomplexes wird der wissenschaftl. Beirat zeitnah zusammen mit den Evaluatoren vornehmen.

Zur Erfassung von Drop-outs ist ein Dokumentationsbogen zu entwerfen, auf dem die unterschiedlichen Gründe von Ausfällen anzuführen sind. Eine Nicht-Teilnahme von Patienten soll ebenfalls dokumentiert werden. Zur Abschätzung der Generalisierbarkeit der Evaluationsergebnisse auf Therapeutenebene werden die KVen gebeten, Basisinformationen wie Alter, Geschlecht, Verfahren etc. dem Evaluator zur Verfügung zu stellen. Der Evaluator wird die notwendigen Variablen benennen.

Die in der Evaluation vorgesehenen Instrumente müssen auf der Meso- und Mikroebene noch modifiziert werden. Beispielsweise fehlt noch die Möglichkeit, Unzufriedenheit mit der Anzahl der Fragen und Tests angeben zu können. Die offenen Fragebögen wird das Evaluationsteam erarbeiten.

### 2. Abbildung analytischer Therapien

Die Ergebnisse der Heidelberger Umstrukturierungsskala werden sowohl für die externe Qualitätssicherung als auch für die Evaluation genutzt. Der verkürzte Bericht an den Gutachter (TP/AT) wird um die Umstrukturierungsskala erweitert. Die Skala geht als ein Outcome-Kriterium in die Evaluation ein, zum einen für den prä-post Vergleich, zum anderen zum Vergleich der Effekte mit den Symptommaßen.

### 3. Partizipation, Beiräte und Sonstiges

Die Konstruktion von regionalen Projektbeiräten und einem überregionalen wissenschaftlichen Beirat ist sinnvoll und notwendig. In der Vertragspartnerschaft KV – TK können beide über die Einbeziehung von Dritten, wie z. B. Vertretern der Kammern, entscheiden. Mit der starken Kontroll- und Prüffunktion, die der wissenschaftl. Beirat jetzt wahrnehmen wird, sind die Bedenken bezüglich möglicher Einseitigkeiten bei der Auswertung der Daten minimiert.

### 4. Ökonomische Aspekte

Die TK erklärt, dass das modifizierte Gutachterverfahren im Projektzeitraum an die Stelle des traditionellen Gutachterverfahrens tritt und damit auch die Funktion der Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung übernimmt. Dadurch ist garantiert, dass die Begründung des Bundessozialgerichts zum 10 Pfennig-Urteil nicht gefährdet wird.

### Fazit

Aus Sicht des bvvp-Vorstands ist damit der inhaltliche Änderungsbedarf soweit abgearbeitet, dass wir als Verband das TK-Modell als Modellprojekt akzeptieren können, unbenommen der sicher auch noch ggfs im Verlauf des Projekts auftretenden Klärungsnotwendigkeiten. Niemand kann schon im Vorhinein alles wissen und regulieren, aber wir sind zuversichtlich, dass es so wie bisher auch im weiteren Verlauf bei Schwierigkeiten zu produktiven Klärungen kommen wird. Voraussetzung für einen Start ist ein zustimmendes Votum der Beratenden Fachausschüsse in den beteiligten Modellregionen Hessen, Westfalen-Lippe und Südbaden sowie ein Vertragsabschluss zwischen KVen und TK einschließlich einer annehmbaren Vergütungsregelung



für unseren Mehraufwand. Wir werden auch hier unseren Sachverstand einzubringen wissen und Sie entsprechend informieren.

Sie alle, liebe Kolleginnen und Kollegen, werden dann immer noch jeder für sich überlegen müssen, ob Sie sich am Modell-Projekt beteiligen wollen, d. h. ob Sie die letzten bis dahin vielleicht noch offenen Fragen oder die jedem Projekt inhärenten Unwägbarkeiten in Kauf nehmen wollen, und ob Sie es für sinnvoll halten, mit ihrer evtl. Beteiligung auch zur Generierung umfangreicher Basisdaten zur psychotherapeutischen Versorgung beizutragen.

BIRGIT CLEVER

## Strafgebühr der Krankenkassen für psychisch Kranke knapp abgewendet!

Kurz vor Redaktionsschluss gab es hektische Aktivität aller Berufspolitiker. Diesmal zur Praxisgebühr. Was war los?

### BMGS – Brief kam punktgenau

«Da die Psychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung integriert sind, sind die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung als ein Versorgungsbereich anzusehen.» Daher falle bei Inanspruchnahme eines Vertragsarztes und eines Vertragspsychotherapeuten im gleichen Quartal bei Vorliegen einer Überweisung oder einer Quittung nur einmal die Praxisgebühr an. So die parlamentarische Staatssekretärin Marion Caspers-Merk in einem Brief zur Praxisgebühr vom 9.12.03.

### Krankenkassen brauchen jeden Euro

Das sehen die Krankenkassen ganz anders. Heiße es doch im Gesetz. «... für jede erste Inanspruchnahme eines an der ärztlichen, psychotherapeutischen oder zahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers...» falle die Praxisgebühr an. Hier seien 3 getrennte Versorgungsbereiche konstituiert. Bei jeder Grenzüberschreitung sei die Praxisgebühr fällig. Auch wenn wir Psychotherapeuten im Rahmen der Selbstverwaltung neben Haus- und Fachärzten einen

3. Bereich gewünscht hatten, so war es nicht gemeint! Hier wird Desintegration von psychischer Krankheit und Psychotherapeuten betrieben.

### Psychotherapeuten aller Länder...

Einen Anreiz spezieller Art hingegen geben die Kassen zusätzlich: Für PP, KJP und ärztliche Psychotherapeuten soll dies gleichermaßen gelten. Wenn das nicht alle Psychotherapeuten eint!

### Ausgleichende Gerechtigkeit?

Am 8.12.03 entschied das Bundesschiedsamt unter der Leitung seines frisch gebackenen Vorsitzenden Nikolai gegen KBV und Psychotherapeuten, dass hier der Auffassung der Kassen gefolgt werden sollte. Wiedergutmachung dafür, dass das ebenfalls strittige Inkasso-Risiko vom Schiedsamt wieder sehr stark zu den Kassen hinübergeschoben wurde?

Glücklicherweise waren in der Hektik der Schiedsamtssitzung Unklarheiten geblieben, die eine weitere Sitzung von Kassen und KBV am 10.12.03 notwendig machten.

### Vor der Tür

Da die Vorsitzenden der Fachausschüsse zur Beratung des KBV-Vorstands eingeladen waren, sich während der Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses am 10.12.03 im gleichen Gebäude zur Verfügung zu halten, hatten Frau Dr. Schaff und ich zufällig die Gelegenheit, in einer Verhandlungspause mit den Kassenvertretern auf dem Flur über die Praxisgebühr zu diskutieren. Die Hartleibigkeit der Kassen in ihrer Haltung gegen uns Psychotherapeuten war geradezu physisch spürbar. Es ergab sich ein Dialog zwischen Dr. Köhler und den Kassenvertretern. So wurden wir Zeugen dafür, dass die Kassen sehr wohl die Möglichkeit hätten, ihre Position zu verändern, dazu aber überhaupt nicht bereit waren.

### So wird's kommen

In einer 5-stündigen Sitzung, in der dann zentral um die Regelungen für Psychotherapie gerungen wurde, gelang es dem Verhandlungsführer der KBV, dem gerade zum Hauptgeschäftsführer der KBV ernannten Dr. Köhler, einen Aufschub für ein Quartal zu erreichen. Es scheint, als hätten die Krankenkassen ihr Gesicht wahren können, indem man als Begründung «organisatorische Schwierigkeiten» fand.

**Im 1. Quartal 2004 gilt also vorläufig: Erwachsene Patienten, die den Psychotherapeuten direkt aufsuchen, müssen 10€ zahlen.**

**Bringen die Patienten eine Überweisung, fällt die Gebühr nicht an.**

Wollen die Patienten nach dem Psychotherapeuten einen anderen Leistungserbringer (außer Zahnarzt) aufsuchen, können sie vom PP/KJP eine Quittung und beim ÄP eine Überweisung erhalten, die sie dort vorweisen können, und müssen dann dort nicht noch einmal zahlen! Jenseits dieser generellen Regelung gibt es Befreiungstatbestände.

Der bvvp hat für alle Mitglieder und ihre Patienten ein Informationsblatt erstellt, das man über die Landesverbände beziehen und im Internet unter [www.bvvp.de](http://www.bvvp.de) finden kann. Außerdem gibt es im Internet unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) eine Fallsammlung möglicher Konstellationen. Bisher über 70 Konstellationen sind dort gesammelt. Chaos!

### Nutzen wir die Chance!

Bis zum 2. Quartal 2004 muss es mit Unterstützung von BMGS, Koalition und Opposition, der KBV sowie der BPtK, allen Psychotherapeuten im GKII, dem Ärzteforum und der StäKo gemeinsam gelingen, die Krankenkassen von ihrem unsinnigen Plan abzubringen. Die Aktivitäten haben schon begonnen: Norbert Bowe informierte als ersten Herrn Horst Schmidbauer (MdB) auf dessen Nachfrage über unsere Position, Birgit Clever telefonierte mit Frau Kühn-Mengel (MdB). Die Kassen werden über den Brief von Frau Caspers-Merk informiert. Die BPtK schrieb sofort an die Ministerin. Den jeweils neusten Stand erfahren Sie aus der Homepage des bvvp.

JÜRGEN DOEBERT

## Letzte Meldung

**15.12.03: Erfolg für die Vernunft: Kassen geben nach. Psychotherapiepatienten zahlen in Zukunft nur einmal!**

# SCHWERPUNKT

## Patientenrechte – Menschenrechte



Ursula Stahlbusch

### Was mich prägte

1979 machte ich mein Praktisches Jahr. Damals war ich knapp vierzig und hatte schon ein gutes Stück gelebtes Leben hinter mir. Drei alltägliche Episoden blieben mir in Erinnerung:

- Wir Studenten lernten neue Patienten bei der morgendlichen Blutabnahme kennen: Eine 75-jährige kam wegen eines offenen Beins, nichts Schlimmes, man hätte es auch ambulant behandeln können. Der Routine-Blutcheck ergab ein erhöhtes Kreatinin entsprechend einer beginnenden Niereninsuffizienz, noch voll kompensiert, d. h. ohne Symptome. Man schlug ihr trotzdem vorsorglich einen Shunt vor, einen operativen Eingriff, der die spätere Dialyse erleichtern sollte. Die Patientin aber wollte keinen Shunt und keine Dialyse. «Ich hab ein gutes Leben gelebt und mein Haus bestellt. Wenn es sein muss, kann ich gehen», sagte sie. Damit galt sie als suizidal, und man bemühte einen Psychiater: Das verordnete Antidepressivum ließ sie in einen Dämmerzustand fallen – man hatte nicht bedacht, die Dosis wegen des Nierenschadens zu reduzieren. Also kam die Patientin, ihrer Sinne nicht mehr mächtig, ungefragt an die Dialyse, um die Sache wieder in Ordnung zu bringen. Als sie wieder zu sich kam, war sie empört. Wie es weiter ging mit ihr, habe ich nicht mehr erfahren.
- Auf der Station waren viele uralte Leute, nicht eigentlich krank, nur eben alt. Im Sommer sei das so, die Pflegenden gingen in Urlaub, «dann kommen die Altchen zu uns». Sie bekamen alles, was gut und teuer war. Wenn ich mit meinem Vampir-Besteck zu ihnen kam – alle paar Tage, man musste ja die Therapie kontrollieren –, sie und mich quälend mit ihren brüchigen Gefäßen, hieß es oft: «Warum macht Ihr das mit mir? Ich bin doch alt, lasst mich doch sterben». Ich gab es dem Stationsarzt weiter, manchmal reduzierte er die Medikamente – bis zur Chef-Visite: Der Chef setzte alles

wieder an, dazu hochkalorische Ernährung, 3000 kcal. Das hielten die alten Körper dann nicht lange aus. Ob ihm das klar war, ob das seine Art der «Problemlösung» war, ich weiß es bis heute nicht.

- Eine Patientin, offensichtlich kurz vor dem Tod, hatte zwei verschiedene Primärtumoren und viele Metastasen. Ich sah sie immer wieder in ihrem Bett vor einem Diagnostikraum stehen: Man wollte wissen, welche Metastase von welchem Tumor kam, obwohl das keinerlei Konsequenzen für die Patientin hatte. Mehrfach bat sie weinend, sie doch in Ruhe zu lassen. Als sie eine Lungenentzündung bekam, hörte ich, wie der Chef Antibiotica anordnete. Auf meinen Hinweis auf den Zustand der Patientin und ihren Wunsch, sterben zu dürfen, schrie er mich an, wie es noch nie jemand getan hatte: «Sie, Sie, Sie wollen Ärztin werden? Sie wollen der Patientin die statistische Chance des Überlebens rauben! Man sollte Ihnen keine Approbation geben».

Alle diese Patienten waren ihrer Sinne mächtig und sagten eindeutig, was sie wollten, aber niemand hörte sie. Patientenrechte? Menschenrechte?

Ich verließ die Station nach vier Monaten tief depressiv. Meine jüngeren Kollegen taten sich leichter. Ich bin seither sensibilisiert.

### Menschenrechte

Menschenrechte und Patientenrechte sind nicht grundsätzlich zu trennen, die einen gelten für jeden Menschen, die andern beziehen sich auf den kranken Menschen, der in Ergänzung zu den Menschenrechten eines zusätzlichen Schutzes bedarf. Wo immer aber Menschen- und Patientenrechte für den einzelnen in Frage gestellt werden, sei es mit Absicht, aus Unwissenheit oder Gleichgültigkeit, sind letztlich die Rechte jedes Menschen in Gefahr.

#### 1) Allgemeine Erklärung der Menschenrechte

Nach den Gräueln des 2. Weltkriegs verabschiedete am 10.12.1948 die Generalversammlung der Vereinten Nationen dieses Regelwerk als «das von allen Völkern und Nationen zu erreichende gemeinsame Ideal». Heute nach mehr als 50 Jahren mit Kriegen, Folter, Hunger und Not, mit einer geschwächten UNO und Menschenrechtsverletzungen überall in der Welt ist dieses Ideal leider immer noch sehr fern der Realität.

## 2) Nürnberger Kodex

Der Nürnberger Kodex wurde am 20.8.1947 verabschiedet im «Nürnberger Ärzteprozess», bei dem es um die unvorstellbar grausamen Menschenversuche in den KZs des 3. Reichs, um Kriegsverbrechen und Verbrechen gegen die Menschlichkeit ging. Den Angeklagten fehlte grobenteils jedes Unrechtsbewusstsein. Deshalb wollten die Richter nicht nur eine Grundlage für die Urteilsfindung schaffen, sondern auch in die Zukunft gerichtete Grundprinzipien für die generelle Durchführung von Forschung am Menschen formulieren.

Dieses wichtige Regelwerk, eine völkerrechtlich verbindliche Norm, verknüpft die Menschenrechte jedes Individuums mit der dem hippokratischen Eid entsprechenden ärztlichen Ethik. Der erste und wichtigste Satz dieses Kodex lautet:

*Die freiwillige Zustimmung der Versuchsperson ist unbedingt erforderlich*

Im Weiteren werden die notwendigen Bedingungen für eine solche Zustimmung unmissverständlich festgelegt:

*Informed consent: die freiwillige, informierte und persönliche Einwilligung nach bestmöglicher Aufklärung*

Menschen, die dazu nicht in der Lage sind aufgrund von Bewusstlosigkeit, wegen ihres Krankheitszustands (Demente, Menschen im Koma), Menschen mit geistiger Behinderung sowie Kinder sind damit von Versuchen bzw. von Forschung ausgenommen. In neun weiteren Punkten sind die für Forschung an Menschen unverzichtbaren Bedingungen festgelegt.

Der Kodex definiert damit in eindeutiger Weise das Recht des Menschen auf Unversehrtheit, gleichzeitig setzt er Regeln für verantwortliches ärztliches Handeln und eine humane Medizinforschung. Das Recht des einzelnen Menschen stellt er klar über das Recht auf Freiheit der Forschung.

## 3) Deklaration von Helsinki

Diese Gewichtung bzw. die Verbindlichkeit des Kodex wurden immer wieder in Frage gestellt: Die medizinische Forschung fühlte sich eingeengt. Der Weltärztebund WMA relativierte stufenweise, schwächte ab und verwässerte insbesondere das Herzstück des Kodex, den Grundsatz des informed consent. Der war und ist «hinderlich» bei den neu eröffneten Forschungsräumen der Biomedizin.

*Wer ist der Weltärztebund und woher nimmt er seine Kompetenz?*

Sein Name lässt einen demokratisch legitimierten Zusammenschluss aller Ärzte der Welt vermuten. Aber so ist es keineswegs: Von den 195 Staaten der Welt sind lediglich 82 vertreten. Von diesen konnten im September 2003 nur 42 abstimmen (das Stimmrecht ist gebunden an die zeitgerechte Entrichtung der Mitgliedsbeiträge). Diese 42 stimmberechtigten Mitglieder vertreten jeweils nur einen Bruchteil der Ärzte ihres Landes. Damit fehlt es auch an finanziellen Mitteln. «Das Problem ließe sich entschärfen, wenn die Mitgliedsorganisationen der WMA die tatsächliche Zahl ihrer Mitglieder angeben und hierfür die Kopfpauschale entrichten würden», schreibt das Deutsche Ärzteblatt am 7.11.2003. Damit wäre der Weltärztebund zumindest unabhängig von Sponsoren. Die nicht vorhandene Beitragsehrlichkeit bedingte jedoch auch weiterhin eine Teilfinanzierung aus fremden Quellen. Ein ausgeglichener Jahresabschluss konnte so nur vorgelegt werden,

*«weil die Generalversammlung in Washington 2002 zu weiten Teilen durch Gelder von Sponsoren, allen voran die Pharmaindustrie, finanziert wurde ... Wer glaubt, dass die Industrie ohne eigene Interessen den Weltärztebund fördert, könnte eines Tages recht unsanft aus dieser Illusion gerissen werden.»*

Die WMA ist also kein demokratisch legitimer Zusammenschluss aller Ärzte der Welt und er ist letztlich offen für kommerzielle Interessen, die sich nicht in erster Linie an ärztlicher Ethik orientieren.

*Das Schicksal des Nürnberger Kodex und des informed consent in den Händen des Weltärztebunds:*

Im ersten Änderungsentwurf 1962 hielt man noch am Verbot von Forschung an Nichteinwilligungsfähigen fest. In der endgültigen Fassung der Deklaration von Helsinki von 1964, einer Art Fortentwicklung des Nürnberger Kodex, kam es zu einem ersten Bruch: Der wissenschaftliche Fortschritt stand jetzt am Anfang, die Rechte des Individuums betrachtete man nur noch in Relation dazu. In Neufassungen bis ins Jahr 2000 wurden mit immer neuen «weicheren», nicht eindeutigen und in sich widersprüchlichen Formulierungen grundlegende Positionen stufenweise aufgegeben. Der einzelne Mensch wurde immer mehr vom zu schützenden Subjekt zum verfügbaren Objekt der Forschung. Punctum crucis war dabei das Herzstück des Kodex, der informed consent und damit der Schutz von nichteinwilligungsfähigen Menschen, denn wer nicht einwilligen kann, kann auch nicht nein sagen.

– Anfangs unterschied man noch zwischen erlaubten sog. Heilversuchen und verbotener nicht-therapeutischer klinischer Forschung, der sog. fremdnützigen Forschung an Nichteinwilligungsfähigen. Zu den Heilversuchen sollte der gesetzliche Vertreter seine Einwilligung geben dürfen, später sollte das auch für fremdnützige Forschung gelten, einer Forschung also, die dem Menschen, an dem sie durchgeführt wird, nichts bringt, sondern bestenfalls einer «Population» nützt, d. h. einer Gruppe von Menschen gleichen Alters oder mit einer bestimmten Krankheit. Inzwischen steht selbst das in Frage: Auch Forschung ohne unmittelbar erkennbaren Nutzen für eine Population könne «wertvollen Wissenszuwachs liefern», zitiert das Ärzteblatt (4.7.03) eine «Anmerkung» auf der WMA-Tagung im Mai 2003. Der Mensch wird damit zum reinen Versuchskarnickel gemacht.

Mit dem deutschen Recht ist das allerdings unvereinbar: Hier darf der Betreuer Entscheidungen nur zum Nutzen des Betreuten, nicht zu dessen potentiellen Schaden treffen. Doch was geschieht, wenn man die Betreuer gar nicht erst fragt?

1995 bis 1998 wurden im humangenetischen Institut der Universität Würzburg gendiagnostische Tests an Hunderten von Behinderten des St. Josefstifts Eisingen durchgeführt. Die Betreuer und Angehörigen wurden darüber nicht informiert, vielmehr hatte die Heilmärzlerin Geheimhaltung angeordnet. Diese Gentests verletzen nicht nur die Rechte der Heiminsassen, sondern auch die ihrer Angehörigen. Auch deren genetische Daten wurden ohne ihr Wissen erfasst und Dritten zugänglich gemacht. Als die Sache dann durch Zufall doch publik wurde, war die Reaktion der Verantwortlichen erschreckend: Die Bayerische Ärztekammer bestätigte der Heilmärzlerin, sie habe keine Einzeleinwilligung gebraucht; die Ethikkommission der Uni Würzburg «hatte keine Bedenken gegen die Verwendung von Restblut»; das Bundesjustizministerium glaubte, «dass, wenn von einem Behinderten bekannt sei, dass er gern für andere Gutes tue, sein solchermaßen mutmaßlicher Wille es rechtfertige, ihn in ein auch fremdnütziges Forschungsprojekt einzubeziehen».

Klaus Dörner, der dies 2001 beim IPPNW-Kongress «Medizin und Gewissen» in Erlangen referierte, fragt: «Wie anders hätten die Reak-

tionen wohl ausgesehen, wenn mir selbst als einem freilaufenden Nichtbehinderten dasselbe bei meinem Hausarzt widerfahren wäre. Wie sehr hätten alle meine Empörung über die Verletzung meiner Persönlichkeitsrechte geteilt – von der Staatsanwaltschaft über die Ministerien bis hin zur Landesärztekammer» (Weiteres in «Medizin und Gewissen – Wenn Würde ein Wert würde ...», Mabuseverlag).

- Minimale Schäden sollen laut der aktuellen Deklaration zumutbar sein; deren Art und Ausmaß bleibt offen (anfänglich war nur von Messen und Wiegen, später von Blutabnahmen die Rede, jetzt soll auch die Entnahme von regenerierbaren Geweben möglich sein: «zunächst» Knochenmark, aber auch andere «Optionen», z. B. Haut oder Lebergewebe hält man sich offen).
- Man führte Ethik-Kommissionen ein, als zusätzliche Kontrolle grundsätzlich begrüßenswert, doch sie schaffen – gewollt oder nicht – weitere Unschärfen: Der Arzt kann jetzt u. U. auf die Einwilligung der Versuchsperson verzichten, wenn er der Ethikkommission «seine Gründe vorlegt».
- In der aktuellen Fassung vom Jahr 2000 wurde auch die Unterscheidung Heilversuch – fremdnützige Forschung aufgegeben zu Gunsten einer bloßen «Abschätzung von Risiken und Nutzen für die Versuchsperson oder andere»: Damit wird der Schutz der Nichteinwilligungsfähigen aufgewogen gegen einen potentiellen «social benefit»; früher nannte man das einen «gesunden Volkskörper», heute geht es um kaum kaschierten materiellen Nutzen für Dritte.
- Auch für Einwilligungsfähige ist auf den informed consent kein Verlass mehr: «Selbst wenn es eine erprobte Therapie gibt, kann ein placebo-kontrollierter Versuch ethisch vertretbar sein, wenn seine Verwendung aus zwingenden und wissenschaftlich begründeten methodischen Gründen erforderlich ist, um die Wirksamkeit und Sicherheit einer prophylaktischen, diagnostischen oder therapeutischen Methode festzustellen», heißt es in der jüngsten «Klarstellung» der WMA von 2002. Das ist ein Freibrief, einem Teil der Patienten eine andere vorhandene wirksame Therapie vorzuenthalten «aus zwingenden und wissenschaftlich begründeten methodischen Gründen». Worin diese Gründe bestehen könnten, bleibt offen, bezieht sich aber sicher nicht auf Patientenrechte, sondern auf die Bedürfnisse der Forschung: Schaden der Placebo-Patienten gegen Nutzen für die Forschung! Selbst wenn ein Patient sein Einverständnis zu einem solchen Versuch gibt – bei bestmöglicher Aufklärung wird er dies kaum tun! –, ein solches Vorgehen ist verwerflich, auch wenn es «erlaubt» ist.

Jüngstes Beispiel für die «praktische Ausformung»: Die Firma La Roche ließ in der Comet-Studie ihren Beta-Blocker Dilatrend gegen ein Konkurrenzpräparat testen. Im Verlauf ergab sich aus einer anderen Studie, dass dieses Konkurrenzpräparat offenbar wesentlich zu niedrig dosiert war. Jedenfalls starben in dieser Gruppe 88 Patienten mehr als mit Dilatrend. Trotzdem sahen die unabhängige Kontrollkommission und die Firma Roche die Sicherheit der Teilnehmer «zu keiner Zeit gefährdet», die Teilnehmer wurden nicht über die neuen Erkenntnisse informiert, die Studie wurde unverändert fortgesetzt (November 2003).

Die Handschrift der forschenden Industrie ist also überdeutlich. Die bekam viel für ihre Sponsorengelder. Viele Türen sind offen oder leicht zu öffnen. Bei der letzten Tagung des Weltärztebunds im September 2003 geschah dies sogar wortwörtlich: «Als durchsetzungsfähig bekannte Repräsentanten der Pharmaindustrie» hatten sich Zugang zur vertraulichen Beratung des Ethikausschusses verschafft, schreibt das Deutsche Ärzteblatt am 7.11.2003, «Delegierte äußerten ihren Unmut ... Konsequenzen wurden nicht gezogen». Kein weiterer Kommentar.

#### 4) Bioethik-Konvention des Europarats

Dieses heute aktuelle Regelwerk stieß vor allem in Deutschland auf erbitterten Widerstand. Wohl deshalb wurde der Titel verschönt: «Europäisches Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin», kurz «Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin».

Seine Entstehungsgeschichte ist bemerkenswert: 1990 sollte auf Anregung der europäischen Justizminister das seit 1985 bestehende Expertenkomitee des Europarats, später «Lenkungsausschuss für Bioethik» (CDBI) prüfen, ob eine solche Konvention erarbeitet werden sollte. Der Lenkungsausschuss war nicht von der Parlamentarischen Versammlung gewählt, besaß also keine demokratische Legitimation, dafür aber weitreichende Kompetenzen. Seit 1993 war ein geheimer Entwurf in Umlauf. 1994 gelangte dieser in die Hände einiger engagierter deutscher Journalisten und kam so an die Öffentlichkeit. Überall in Europa stieß der Text auf heftigen Widerstand, v. a. die sog. fremdnützige Forschung an Einwilligungsunfähigen, die diesen nichts nützt, sondern allenfalls ähnlichen «Populationen» (s. o.). Weitere Kritikpunkte waren mangelnder Embryonenschutz, kein Verbot von Gentests bzw. deren Weitergabe an Dritte, z. B. an Arbeitgeber oder Versicherungen, kein Patentierungsverbot für menschliche Zellen und Gene und kein Verbot von Keimbahn-Manipulationen.

In Deutschland, hier war der Widerstand historisch bedingt am größten, wurden 2,5 Millionen Unterschriften gegen das «Geheimpapier» gesammelt. Man sah insbesondere in der Regelung fremdnütziger Forschung den endgültigen Bruch der zentralen Position der international bindenden Norm des Nürnberger Kodex, der aus dem unendlichen Leid der Opfer der Nazi-Forschung hervorgegangen war. Die Parlamentarische Versammlung des Europarats lehnte 1994 den ersten Entwurf ab, stimmte jedoch 1996 einer nur leicht veränderten «weicheren» Fassung zu. Bis zum Frühjahr 1999 hatten 23 Staaten die Konvention unterzeichnet. Am 1.12.1999 trat sie in Kraft, nachdem sie von fünf Staaten auch ratifiziert worden war. Ein Jahr später gab es den ersten Verstoß durch England, das die Konvention allerdings nicht ratifiziert hat: Es wurde ein Gesetz verabschiedet, das therapeutisches Klonen erlaubt.

In Deutschland verhinderte bisher der Widerstand weiter Kreise der Bevölkerung die Ratifizierung. In den letzten Jahren ist es zumindest vordergründig still geworden um die Konvention. Doch der Schein trügt. Die Biomedizin, ihre Forscher und die Industrie haben unter Nutzung der Medien hart daran gearbeitet, ihr genetisch fixiertes reduktionistisches Menschenbild im Bewusstsein der Bevölkerung zu verankern und hoffähig zu machen. In der Folge konnte z. B. die deutsche Justizministerin im Oktober ihre Kehrtwende vollziehen: Mit der Abkehr vom verfassungsgemäß noch gegebenen absoluten Schutz der Menschenwürde (GG Art. 1) weicht sie nicht nur von der eindeutigen Position ihrer Vorgängerin ab, sondern bereitet auch den Boden für mehr Freiraum bei der Embryonenforschung u. a. Noch gilt das strenge deutsche Embryonenschutzgesetz, noch hat Deutschland die Konvention nicht ratifiziert. Noch nicht!

#### 5) UN-Klonverbot

Noch bedenklicher ist die deutsche Position bei den gerade bis 2005 vertagten UN-Verhandlungen zum Thema Klonen. Das deutsche Außenministerium vertrat dabei eine Position, die das eindeutige Votum des Parlaments grob missachtete: Im Februar 2003 hatten SPD, Grüne und Union auch das so genannte therapeutische Klonen in seltener Einmütigkeit abgelehnt und diese Ablehnung im Oktober nochmals bekräftigt. Nun wurde – aus welchen taktischen oder strategi-



schen Gründen auch immer – dieses eindeutige Votum der Volksvertretung von der Exekutive kommentarlos ignoriert. Das ist ein schier unglaublicher Vorgang! Unsere Demokratie hat damit schweren Schaden erlitten. Ein Verfassungsbruch auf höchster Ebene?

Auch inhaltlich wiegt dieses Verhalten schwer: Mit 80:79 Stimmen für die Vertagung wurde eine Abstimmung verhindert. Ohne das deutliche Votum gäbe es jetzt ein Verbot des therapeutischen Klonens.

Sowohl dieses Manöver der deutschen Regierung am Parlament vorbei als auch die Nicht-Ächtung des therapeutischen Klonens bringen Menschenrechte in Gefahr. Wie schon bei der Tabak-Politik bestimmt Profit-Denken die Politik.

### Der Boden für Menschenrechtsverletzungen

Menschenrechte werden überall in der Welt verletzt: Krieg, Folter, Armut, Nahrungs- und Wassermangel, Einschränkungen aller Arten von Freiheit. Hierzulande geht man gemeinhin eher davon aus, in den zivilisierten Ländern der westlichen Welt seien Menschenrechtsverletzungen Gott sei Dank kein Thema. Es gibt ja bei uns keine Folter, keinen Krieg, keine unmittelbar lebensbedrohliche Not – gefolterte Flüchtlinge gibt es allerdings schon(!), siehe S. 32f. Doch vergessen wir nicht: Die grausigen Menschenversuche unter Hitler wurden von berühmten und fähigen Ärzten durchgeführt, von Menschen, die keine Monster zu sein schienen. Nach dem Krieg kamen sie häufig wieder in Amt und Würden, sie werden noch heute bei Ärztetagen als Ehrengäste begrüßt, obwohl ihre Verfehlungen bekannt sind.

Wie war all das möglich? Wir haben bis heute keine befriedigende Antwort. Aber solange wir uns nicht immer wieder um eine solche Antwort mühen, kann sich Ähnliches in anderem Kleid wiederholen. Auch damals hielt die Mehrheit der Menschen die zumindest potentiell sichtbaren Entwicklungen für wenig spektakulär und keineswegs für illegitim. Eine der Beteiligten erklärte später ihr Tun mit dem Satz: «Es war doch Wissenschaft»; es war Forschung, die dazu dienen sollte, den Krieg zu gewinnen, Behandlungsmöglichkeiten z. B. für Gasbrandopfer zu finden u. ä. Diese Forschungsziele schienen alles zu rechtfertigen, dazu konnte man Menschen als «lebensunwertes Menschenmaterial» verstümmeln oder aufs Grausamste zu Tode bringen, ohne Bedenken und ohne ein Unrechtsbewusstsein.

### Die Denke im Hintergrund

Der Arzt und Analytiker Jay Katz – sein Lebensweg ist vom Holocaust gezeichnet – sieht die Anfänge für Experimente an Menschen bereits in der Antike; Mitte des 19. Jahrhunderts sei es – geblendet durch die Erfolge der Naturwissenschaft – zu einer Veränderung des Denkens und Handelns gekommen, die den Weg bereitete für die grausigen KZ-Experimente. Dieses Denken, so schreibt er, sei bis heute nicht ausreichend reflektiert.

Es ist also die Frage, ob sich der Denkhintergrund wirklich geändert hat, der die NS-Verbrechen möglich machte. Heute wie damals versprechen Forschung und Wissenschaft viel. Die angeblich unmittelbar bevorstehende Befreiung von Geiseln der Menschheit, von Krankheit und Tod preist man auch heute an und leitet daraus die Berechtigung ab, forschungsgeleitete Interessen über die Rechte individueller Menschen zu stellen. Mit dreister Selbstverständlichkeit werden von der Gesellschaft immense Mittel und Freiräume für Forschung gefordert, die dann anderen Orts fehlen: Wer Steuergelder in Gentherapien investiert, deren Ergebnisse bestenfalls irgend-

wann mal einer Minderheit nützen könnten, der hat heute schon nicht mehr genug für die vielen Chroniker, für Gesundheitsprojekte mit Unterschichtskindern, für Gesundheitserziehung und Prävention. Wenn aber Gesundheitsversorgung und auch die Renten nicht mehr finanzierbar sind, schafft das neue Armut für viele Menschen, die ein Leben lang das Ihre getan haben; die Jungen bleiben ohne Ausbildung und Arbeit. All das ist ein hoher Preis für eine solche Fehl-Allokation knapper Mittel. Solch unreflektiertes politisches Handeln schafft Not und Unrecht, schränkt Menschenrechte ein und verletzt sie. Wohin geht die Reise? Niemand weiß, wie nahe wir dem point of no return sind oder ob der gar schon hinter uns liegt.

### Lösungswege?

Eine Reform folgt der nächsten, prinzipiell ändern sie nichts. Im politischen Raum machen sich Organisationen breit, die keine wirkliche demokratische Legitimation haben, ihre mächtigen Lobbys orientieren sich nicht am Menschen, sondern am Profit. Die Regierung übergeht bedenkenlos das Parlament, die Ziele der Parteien haben sich bis zur Ununterscheidbarkeit nivelliert, um den Gestaltungswillen oder jedenfalls um die Gestaltungskraft des Staates steht es schlecht, und den Menschen, denen dieser Staat zu dienen hätte, bleibt kaum mehr Spielraum, ihre Interessen durchzusetzen. Vielleicht liegt in dieser Entwicklung letztlich die größte Gefahr für die Menschenrechte.

Auch im medizinischen Bereich scheint es ähnlich zu laufen: Auch hier haben die Rechte des Einzelnen sehr oft nicht das Gewicht, das ihnen zukommen sollte. Hier wie dort steht die Wende zu einer aktiven Bürgerbeteiligung an.

## Patientenrechte

### 1) Patientenrechte in Deutschland – heute

Im Juni 1999 wurde «Patientenrechte in Deutschland – heute» ([www.aqs.de/pdf/patientenrechte-neu.pdf](http://www.aqs.de/pdf/patientenrechte-neu.pdf)), das ausgeht von einer Studie der Prof. Francke und Hart der Universität Bremen, unter Mitarbeit aller wesentlichen Player im Deutschen Gesundheitssystem, von der 72. Gesundheitsministerkonferenz einstimmig verabschiedet. Es fasst erstmals Patientenrechte in Deutschland zusammen als «Richtschnur und Orientierungshilfe», eine «Momentaufnahme», die fortgeschrieben werden sollte. Es kann ein Anfang sein, ausreichend ist es noch nicht.

Patientenrechte in Deutschland, so heißt es in dem Papier, beruhen zu mehr als 90% auf Richterrecht, d. h. auf Urteilen zu speziellen Einzelfällen, nicht auf gesetzlicher Regelung wie in vielen anderen europäischen Ländern. Fragen zu fremdnütziger Forschung, zur Verbindlichkeit einer Patientenverfügung und insbesondere zum Beschwerde-Management (der Patient *«muss in der Regel den ärztlichen Fehler darlegen und beweisen»*, auch *«die Ursächlichkeit des Fehlers für die Verletzung der Gesundheit ...»*! Kann er das denn?) sind nicht befriedigend gelöst. Der wichtigste Punkt: Solange es keine Institution gibt, die Verstöße sanktionieren kann und dies auch tut, bleibt der Patient mit seiner Not allein.

Mittlerweile gibt es seit März 2003 eine Fortentwicklung: «Patientenrechte in Deutschland – Leitfaden für Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte», herausgegeben von Brigitte Zypries und Ul-

la Schmidt ([www.bmq.s.bund.de/publikationen/gesundheit](http://www.bmq.s.bund.de/publikationen/gesundheit)). Es sei keine Fortentwicklung der bestehenden Rechtsprechung, sondern ein Dokument, das von allen im Gesundheitswesen Beteiligten anerkannt wird. So ist es halt noch weniger «vollständig» als das erste. «Besser als nichts» oder «Es braucht Besseres»?

### 2) Europäische Patientenrechtscharta (European Charter of Patients' Rights)

Auf europäischer Ebene wurde im November 2002 von Verbraucherorganisationen eine Europäische Charta der Patientenrechte verabschiedet, die Eingang finden soll in die im Entstehen begriffene Europäische Verfassung. Sie geht weit über das deutsche Papier hinaus, insbesondere hinsichtlich der Handhabung von Therapieschäden und der aktiven Mitwirkung von Patienten an gesundheitspolitischen Regelungen. Inwieweit sie in nationales und europäisches Recht eingehen wird, bleibt abzuwarten ([www.activecitizenship.net/health/european\\_charter.pdf](http://www.activecitizenship.net/health/european_charter.pdf)).

### 3) Projekt PatientenNavigation

Ein ganz neuer, viel versprechender Ansatz: Im Rahmen eines EU-geführten Projekts haben die Verbraucherzentralen Hamburg und Schleswig-Holstein sowie der Medizinische Dienst Schleswig-Holstein 2000/2001 einen Vergleich der Bemühungen um Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen in mehreren europäischen Ländern erarbeitet. Man wollte vorhandene Daten erfassen und bewerten: Wer bietet Gesundheitsleistungen an in wessen Interesse? Wie werden Daten generiert, was und wie wird gemessen und bewertet? Wie sind Patienten in den Evaluationsprozess einbezogen? Wie werden Herkunft und Bewertungskriterien der Informationen für den Patienten transparent gemacht?

Vorerst konnten nur zwei Bereiche untersucht werden:

- 1) Transparenz der Leistungen von Krankenhäusern
- 2) Beitrag des Beschwerdemanagements zur Leistungs- und Qualitätstransparenz

Deutschland schneidet im Vergleich zu anderen europäischen Ländern in beiden Bereichen denkbar schlecht ab:

Zu 1) heißt es: *«Für die Veröffentlichung dieser Daten (Struktur-, Prozess- und Ergebnisdaten) stehen in vielen Ländern – anders als in Deutschland – staatliche oder staatlich unterstützte Institute zur Verfügung. Deutschland dagegen hat noch nicht erkannt, dass die Sammlung, Aufbereitung und öffentliche Zugänglichkeit von Qualitätsdaten zur Reduktion überflüssiger Behandlungen genutzt werden könnte und helfen würde, Behandlungsverfahren und –Institutionen zu identifizieren, die sowohl patientenorientiert als auch kostengünstig sind.»*

Zu 2) heißt es: *«Alle von uns untersuchten Länder haben relativ weit entwickelte Systeme aufgebaut, die Beschwerden von Patienten wahrnehmen und umsetzen (außer Deutschland). Als Grundlage dienen häufig gesetzliche Regelungen sowie interne und externe Strukturen, die dem Patienten integrierte Unterstützungsfunktionen anbieten: Information, Beratung und Umgang mit Beschwerden aus einer Hand. ... Eine konstruktivere Beschwerdekultur würde der Gesundheitspolitik auch in Deutschland erlauben, Fehlentwicklungen für grundsätzliche Verbesserungen zu nutzen.»*

### Unser Kommentar

Die Studie zeigt einen gangbaren Weg auf, durch aktives Einbeziehen der Patienten Qualität zu verbessern und gleichzeitig viel Geld zu sparen: Ein Vergleich mit Österreich, das bei den Untersuchungen deutlich besser abschneidet, ergab, dass im Jahr 2001 die Gesundheitskosten dort bei 7,7% des Bruttoinlandsprodukts lagen, bei uns dagegen bei 10,7%, d. h. in Deutschland wurde für ein schlechteres Ergebnis 40% mehr aufgewendet!

Wagen Sie einen Blick über den Zaun, Frau Ministerin Schmidt? Lesen Sie doch mal die *«Zehn Stolpersteine für Deutschland – oder: Was wir von anderen Ländern lernen könnten»* und schaffen Sie diese Stolpersteine aus dem Weg, damit unser Gesundheitssystem billiger und besser wird!

Band 3 des Abschlussberichts der Studie, die Dokumentation einer Expertentagung zum Projekt, ist als Buch erschienen: *«Das Gesundheitswesen am Patienten orientieren»* (siehe S.36). Weiteres zu Patientennavigation unter [www.patientennavigation.com](http://www.patientennavigation.com).

URSULA STAHLBUSCH

## Die BAGP will den Wandel

*«Patientenvertreter» ist kein geschützter Begriff. Viele, die sich so nennen, sind lediglich mehr oder minder gut dotierte freie Mitarbeiter der Promotion-Abteilung einschlägiger Unternehmen. Daneben gibt es ehrenwerte, aber wenig professionelle Engagierte, Gruppierungen, die die Grenze zum Querulantum streifen und vieles andere mehr. Eine solide und im Rahmen ihrer Möglichkeiten sehr aktive Gruppe ist die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen BAGP. Ihr Vertreter, Emmeram Raßhofer, ist der Autor des nachstehenden Beitrags. Er beklagte kürzlich in einem Leserbrief (Dr. med. Mabuse 142 S. 9), dass sich Patientenvertreter die Kosten für Teilnahme an Kommissionen (so sie denn eingeladen werden) «aus den Rippen schneiden» müssten, während die großen Verbände mit «geschulten Profis» operieren, für die Gremienarbeit selbstverständlich gut dotierte Arbeitszeit sei. Wir wollen ihn in diesem ungleichen Kampf unterstützen, indem wir ihn hier zu Wort kommen lassen ... und auf die entsprechenden Homepages hinweisen: <http://gesundheitsladen-muenchen.de/>, <http://www.bagp.de>.*

**Besuchen Sie auch die [bvvp-homepage www.bvvp.de](http://www.bvvp.de). Während das [bvvp-magazin](http://www.bvvp.de) «fürs Grundsätzliche» zuständig ist, finden Sie dort die aktuelle Berichterstattung**

## PatientInnen werden immer wichtiger – vor allem ihr Geld



Emmeram Raßhofer

Die breite gesellschaftliche Kritik am Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz GMG) ist nicht grundlos: Krankenversicherte und PatientInnen sind Zahlmeister einer weiteren Gesundheitsreform.

Aus Sicht der BürgerInnen, Versicherten und PatientInnen ist die Reform zu einseitig an Anbieter- und Pharmainteressen orientiert. So sollen bereits 2004 knapp 10 Mrd. Euro eingespart werden, der überwiegende Teil davon wird den Versicherten aufgebürdet. Entsprechend frohlockt z. B. der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie, der 2004 schon mit Mehrumsätzen in Höhe von 1,6 Mrd. Euro allein aufgrund der Herausnahme von nicht verschreibungsfähigen Medikamenten aus der GKV-Erstattungspflicht rechnet. Strukturelle Defizite des Versorgungssystems werden dagegen kaum angegangen.

Im Folgenden sind einige Punkte aus dem GMG herausgegriffen und kommentiert:

### Integrierte Versorgung

Lediglich der Absicht, den ambulanten und stationären Versorgungsbereich besser zu verzahnen, wird durch ein extra dafür vorgesehenes Budget von bis zu 1% der Zahlungen der Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen etwas Nachdruck verliehen. Es bleibt aber abzuwarten, wie schnell qualitativ hochwertige Angebote der integrierten Versorgung zu realisieren sind. Überwiegend gehen Impulse für integrierte Versorgungsformen derzeit von Krankenhäusern aus, die aus eigenem Interesse mit niedergelassenen Ärzten enger kooperieren wollen.

### Zuzahlungen

Katastrophal werden sich die veränderten Zuzahlungsregelungen für Menschen mit niedrigem Einkommen auswirken. Durch die Abschaffung der Härtefallregelung, die mit der vollständigen Befreiung von Zuzahlungen verbunden war, werden gerade die PatientInnen belastet, die ohnehin keinen finanziellen Spielraum haben. Zudem müssen alle Versicherten ab 2004 bei ihren Ausgaben für die Gesundheit in Vorleistung treten: Erst nach Überschreiten der Belastungsgrenze von

2% (bzw. 1% für Chroniker) ihres jährlichen Bruttoeinkommens werden die Kosten durch die Krankenkasse übernommen.

### Bonusregelungen

Gewisse Bonusregelungen für Versicherte der GKV (Selbstbehalte, Beitragsrückerstattung) sind bedenkliche Ansätze, Elemente aus den privaten Krankenversicherungen zu übernehmen, bedenklich deshalb, weil sie den Einstieg in den Ausstieg aus der solidarischen Krankenversicherung bedeuten.

Nur der Punkt der Belohnung gesundheitsbewussten Verhaltens ist begrüßenswert, doch da ist noch völlig ungeklärt, wie dieses gesundheitsbewusste Verhalten überprüft werden soll.

### Patientenbeteiligung und Patientenbeauftragter

Ein für Patientenunterstützungseinrichtungen wichtiger Teil der Reform ist die Beteiligung von Patientenvertretern in wichtigen Gremien des Gesundheitswesens, z. B. im Gemeinsamen Bundesausschuss Ärzte – Krankenkassen. Diese Beteiligung erstreckt sich allerdings lediglich auf Antrags- und Anhörungsrechte. Es bleibt abzuwarten, wie sich das in der Realität darstellt.

Wir begrüßen grundsätzlich, dass PatientInnen an der Ausgestaltung des Gesundheitswesens beteiligt werden sollen. Darin liegen große Chancen für ein patientenorientierteres Gesundheitssystem. Dafür wäre aber nötig, dass bestehende Strukturen der PatientInnenunterstützung und -vertretung gestärkt werden. Patienteninteressen müssen unabhängig von Leistungserbringern und Kostenträgern vertreten werden können, diese Aufgaben können nicht alleine von dem Patientenbeauftragten wahrgenommen werden.

### Resümee

Als Einrichtung zur Unterstützung von PatientInnen haben wir eine andere Vorstellung, wie man das wichtigste soziale Sicherungssystem für die kommenden Jahre fit macht: Es geht darum, eine faire, effektive und nachhaltige Reform im Sinne der Krankheitsvermeidung zu verbinden mit der solidarischen Unterstützung kranker Menschen: Die soziale Krankenversicherung muss kranke und sozial schwache Menschen unterstützen, die Qualität einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung sichern und den Betroffenen eine ausreichende Mitbestimmung ermöglichen. Sie muss unabhängig von der persönlichen finanziellen Situation allen den gleichen Zugang zu medizinischer Versorgung gewährleisten. Dies ist durch die erhebliche Ausweitung der Eigenbeteiligung sowie durch die Ausgliederung von Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung künftig nicht mehr gegeben.

Aus diesem Grund haben wir uns massiv gegen den Parteien übergreifenden Reformkompromiss gewehrt, und wir werden auch weiterhin auf die Schwächen dieser Reform hinweisen.

Um den Widerstand auch öffentlich zu machen, haben wir eine Unterschriftenkampagne gestartet (siehe Kasten); Details dazu im Internet: <http://www.bagp.de/kampagne>. Bitte verbreiten Sie den Fragebogen weiter!

EMMERAM RASSHOFER

**PatientInnen werden immer wichtiger – vor allem ihr Geld!**  
**Unterschriftenkampagne der BAGP zur Reform der Gesundheitsgesetzgebung**

BürgerInnen, Versicherte und PatientInnen sollen die Hauptlast der Einsparungen tragen, wenn das „Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems“ wie geplant ab Januar 2004 umgesetzt wird. Die soziale Ausgewogenheit steht mehr denn je auf dem Spiel.

→Wir wenden uns vor allem gegen:

- Die Streichung von Zahnersatz aus dem Leistungskatalog
- Die alleinige Absicherung des Krankengeldes durch die ArbeitnehmerInnen
- Zuzahlungserhöhungen bei allen medizinischen Leistungen
- Die Streichung von Leistungen wie Fahrtkosten und nicht rezeptpflichtigen Medikamenten

Wir begrüßen, dass PatientInnen an der Ausgestaltung des Gesundheitswesens beteiligt werden sollen. Darin liegen große Chancen für ein patientenorientierteres Gesundheitssystem, die aber nur genutzt werden können, wenn

- bestehende Strukturen der PatientInnenunterstützung und -vertretung gestärkt werden,
- Patienteninteressen unabhängig von Leistungserbringern und Kostenträgern vertreten werden können und
- diese Aufgaben nicht alleine von der Patientenbeauftragten wahrgenommen werden.

Es ist unakzeptabel, dass dem Wenigen an gestaltender Beteiligung eine immense zusätzliche finanzielle Belastung von PatientInnen und Versicherten gegenübersteht. Dieser erneute Versuch das Gesundheitssystem zu sanieren, geht mehr als jemals zuvor auf Kosten der Versicherten. Wirkliche Strukturreformen bleiben im Ansatz stecken.

→Wir fordern

- Ein am Gemeinwohl orientiertes Gesundheitssystem
- Stärkung der individuellen und kollektiven Patientenrechte
- Eine solidarische Krankenversicherung auf einem qualitativ hohen Versorgungsniveau
- Abbau von Über- Unter und Fehlversorgung
- Zusätzliche Einnahmen durch Weiterentwicklung der Finanzierungsgrundlagen in Richtung einer solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung für alle

Name	Adresse	Unterschrift

Bitte kopieren und auch die Rückseite für Unterschriften verwenden! Die Sammlung wird am 31. März 2004 abgeschlossen, und dann der Gesundheitsministerin überreicht. Zurücksenden an die BAGP, Auenstr. 31, 80469 München. Vielen Dank!

**Die Unterschriftenliste können Sie von unserer Homepage [www.bvvp.de](http://www.bvvp.de) herunterladen.**

*In Kalifornien wird vom Staat mehr Geld für Gefängnisse ausgegeben als für Bildung. Das hat eine gewisse Logik: Gefängnisse sieht man, Strafgefangene kann man zählen – und zwar sofort. Ähnlich ist es mit Flugzeugträgern. Die nehmen sich im «Krieg gegen den Terror» entschieden imponierender aus als Projekte für sauberes Trinkwasser. Nicht anders im Gesundheitsbereich: Langfristig angelegte Prävention, «weiche», «sanfte» Heilmethoden sind weniger spektakulär (das heißt, man kann nicht so viel Spektakel damit machen) als Wunderpillen, Apparatedizin und Genforschung – wir wollen aber beeindruckt werden. Kausalität und Wirksamkeit scheinen bei den weichen Methoden schwerer nachweisbar, auf alle Fälle nicht sofort, sondern vielleicht erst nach Jahren – wir aber wollen den 24-Stunden-Lieferservice. Oder etwa nicht? Die folgenden beiden Artikel beleuchten zwei zentrale Aspekte dieses Problems.*

URSULA NEUMANN



**Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP)**  
 Auenstr. 31  
 80469 München  
 Tel 089 / 76 75 51 31  
 FAX 089 / 725 04 74

**Reich und gesund oder arm und krank**

**Überarbeiteter Auszug aus dem Plenarvortrag auf dem 2. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung in Hamburg vom 30.9.2003**



Rolf Rosenbrock

*Prof. Dr. Rolf Rosenbrock ist Leiter der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) für Sozialforschung und lehrt Gesundheitspolitik an der Technischen Universität Berlin. Er betreibt seit den 70er Jahren Gesundheitsforschung und Politikberatung und ist seit 1999 Mitglied des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Seine Unterscheidung zwischen expliziter und impliziter Gesundheitspolitik und seine Forderung von Versorgungsforschung halten wir für besonders wichtig ... und folgende Links, die mit ihm und/oder seinem Thema zu tun haben, ebenso:*  
<http://www.wz-berlin.de/ars/ph/publikationen.de.htm>  
<http://www.exitsozial.at/armut1a.htm>  
<http://www.armutskonferenz.at/>  
<http://home.main-rheiner.de/armut.gesundheit/>  
<http://www.datenbank-gesundheitsprojekte.de/> U. N.

Zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen gibt es in der Versorgungsforschung in Deutschland lediglich einige Absichtserklärungen. Bezeichnender Weise kommen die meisten und wichtigsten Beiträge hierfür vom Kongress «Armut und Gesundheit», der von «Gesundheit Berlin e.V.», einer nicht wissenschaftlichen Nichtregierungsorganisation, nun schon zum neunten Mal veranstaltet wurde.

Der Zuwachs an Gesundheit und Lebenserwartung während der letzten 50 Jahre erklärt sich nur zu ca. 30% durch Verbesserungen der medizinischen Versorgung, 70% dagegen gehen zurück auf verringerte Gesundheitsbelastungen (z. B. chemische und physikalische Belastungen, schlechte Ernährung und sozialen Ausschluss) und erhöhte Gesundheitsressourcen. Ernährung, Wohn- und Arbeitsbedingungen, Bildung und die Abwesenheit von Krieg sind deutlich wichtiger für die Gesundheit als die Qualität der medizinischen Versorgung. Diejenigen Bevölkerungsgruppen tragen das größte Risiko zu erkranken, behindert zu sein oder vorzeitig zu sterben, die über das geringste Einkommen, den geringsten Bildungsstand, die geringsten



ten Gestaltungsmöglichkeiten, die schwächste soziale Unterstützung durch kleine soziale Netze und den geringsten politischen Einfluss verfügen, sowohl individuell als auch als Gruppe.

Beliebt, aber falsch ist es, lediglich den Zusammenhang zwischen Lebensstil und Gesundheit zu betrachten und daraus zu schließen, dass die sozial weniger gut Gestellten selbst Schuld sind, wenn sie kränker sind und kürzer leben. Ungesunde Verhaltensweisen wie beispielsweise zu wenig Bewegung, ungesunde Ernährung oder den Konsum von Nikotin, Alkohol und anderen Genuss- bzw. Suchtstoffen zu verdammen, ist populär, vielleicht sollte man besser sagen: populistisch. Die strukturellen Ursachen für das ungesunde Verhalten – das ja vom Konsumenten subjektiv zumeist als Erleichterung von Belastungen empfunden wird – bleiben unangetastet. Das Ausblenden der Variablen, die hinter dem riskanteren Gesundheitsverhalten der unteren Schichten liegen, verstellt den Blick und kommt oft einer Verhöhnung der Opfer gleich.

Wenn wir die in Deutschland lebende Bevölkerung nach den Merkmalen Einkommen, Bildung und Stellung im Beruf in fünf gleich große Schichten (Quintile) aufteilen, dann stellen wir fest, dass Menschen aus dem untersten Fünftel in jedem Lebensalter ein ungefähr doppelt so hohes Risiko tragen, ernsthaft zu erkranken oder zu sterben wie Menschen aus dem obersten Fünftel. Diese Beobachtung gilt für alle großen Erkrankungen (außer Brustkrebs und Allergien), aber auch für Unfälle. Menschen aus dem obersten Fünftel leben im Durchschnitt 5–7 Jahre länger. Konkret: Mit 35 Jahren hat ein Professor durchschnittlich noch 43,2 Jahre zu leben, der ungelernete Arbeiter hat nur 34,3 Jahre zu erwarten.

Aber nicht nur die Länge des Lebens, sondern auch die Erreichung des Ziels, «den Jahren mehr Leben» zu geben, hängt vom sozioökonomischen Status ab. Eine US-amerikanische Studie von 1990 belegt: ein Angehöriger der Unterschicht hat im Alter von vierzig Jahren bereits durchschnittlich 1,5 chronische funktionelle Einschränkungen bzw. Behinderungen, während ein Angehöriger aus der Oberschicht erst im 75. Lebensjahr mit einer solchen Einschränkung der Lebensqualität rechnen muss. Zwar profitiert auch das unterste Fünftel von der wachsenden Lebenserwartung und davon, dass die Bevölkerung immer gesünder alt wird. Aber diese Gesundheitsgewinne bleiben stabil ungleich verteilt.

*Implizite* Gesundheitspolitik, also Politik, die die Gesundheit der Bevölkerung beeinflusst, ohne – verkürzt gesagt – zum Ressort des Gesundheitsministeriums zu gehören, ist der eigentliche Motor für die Veränderung der Gesundheitschancen. Hier sind in erster Linie die Einkommens- und Vermögensverteilung sowie die Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Wohnungs-, die Verkehrspolitik etc. zu nennen. Entscheidungen z. B. über Arbeitsmarktpolitik oder Sozialleistungen sind zugleich auch immer Entscheidungen über Lebenserwartung und Gesundheit. Wenn zum Beispiel infolge der Umwandlung der bisherigen Arbeitslosenhilfe in das euphemistisch so genannte «Arbeitslosengeld II» ungefähr auf Sozialhilfeniveau in Zukunft einige hunderttausend Kinder mehr unter Bedingungen der Armut oder in deren Nähe aufwachsen, dann entlastet das zwar kurzfristig den Bundeshaushalt, der gesundheitspolitische Problemhaushalt erfährt dagegen einen langfristigen und erheblichen Zuwachs. *Explizite* Gesundheitspolitik kann die Wirkungen der *impliziten* Gesundheitspolitik meist nur partiell kompensieren.

Aber auch die *explizite* Gesundheitspolitik kann zur Vergrößerung oder Verminderung von gesundheitlicher Chancengleichheit beitragen. So belegen die Erfahrungen mit der Inanspruchnahme und den Wirkungen von Gesundheitskursen der Krankenkassen, dass Menschen aus unteren Sozialschichten wesentlich größere Probleme haben, diese Angebote zu finden, die Kurse durchzuführen und das Ge-

lernte in ihren Alltag einzufügen. Aus dieser Erkenntnis müssen endlich Konsequenzen gezogen werden.

Grundsätzlich fehlt es in Deutschland an einer Versorgungsforschung, die – vergleichbar der US-amerikanischen Agency for Healthcare Research – kontinuierlich soziale Benachteiligung in der Krankenversorgung aufdeckt. Trotz Verbesserungen ist zu vermuten, dass unser Medizinsystem im Hinblick auf Kommunikationsstil und Angemessenheit der Leistungen nach wie vor eine «Veranstaltung von Mittelschichtangehörigen für Mittelschichtangehörige» (Frieder Naschold) ist.

Deutschland gehört zur weltweit nicht eben großen Spitzengruppe der Länder, in denen der Zugang zu einer hochwertigen und vollständigen Krankenversorgung im Großen und Ganzen nicht von den finanziellen Ressourcen und nicht vom sozialen Status abhängt. Die gesellschaftliche Kohärenz stiftende Wirkung dieser Politik reicht weit über die Gesundheitspolitik hinaus und ist ein echter Standortvorteil Deutschlands. Dieser Vorteil wird aber heute durch das Vordringen von Markt und Marktlogik im Gesundheitswesen zunehmend gefährdet.

ROLF ROSENBROCK

*Dr. Martin Wendisch ist zwar seit bald zwei Jahren mein Kollege in der PP-Kammer Baden-Württemberg, aber es bedurfte nachdrücklicher Nachhilfe Dritter, bevor ich realisierte, mit was für einem klugen Kopf ich da gelegentlich gemeinsame Stunden verbringe – in denen allerdings nicht nur Kluges herauskommt. Außer in der Kammer ist Dr. Wendisch im Vorstand der TAVT – der privaten, aber gemeinnützigen Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie, die seit 1990 eine postgraduale psychotherapeutische Ausbildung von Psychologen und Ärzten mit Vertiefung in Verhaltenstherapie anbietet ([www.tavt.net](http://www.tavt.net)). Er leitet dort die Ambulanz und ist an der Universität Zürich Referent der Postgradualen Weiterbildung in Psychotherapie.*

URSULA NEUMANN

## Quantitätssicherung und das Recht des Patienten auf Qualität



Martin Wendisch

Als ich kürzlich in einer Diskussion die These vertrat, die Fähigkeit des Menschen zum Mitfühlen sei die Grundlage für Verstehen und Verständigung, wurde mir von einem Hochschulvertreter der Psychotherapieforschung entgegengehalten, er sei in der Therapie eines Border-

line-Patienten handlungsunfähig, wenn er mitfühlen würde! In ähnliche Richtung geht die Stellungnahme eines anderen Psychotherapieforschers, der vor einigen Jahren forderte, die Patienten hätten ein Recht darauf, dass primär die für ihre Störung wirksamsten Methoden zum Einsatz kämen. Viel zitiert wird gerade von jungen Therapeuten das Ergebnis eines weiteren Psychotherapieforschers, der eine höhere Wirksamkeit von Therapien gerade dann konstatierte, wenn Therapeuten stur einem Manual folgen. Inzwischen erzählen mir Supervisanden beinahe wöchentlich, dass sie in ihrer Klinik zur konsequenten Anwendung von Behandlungsprogrammen angehalten würden, um den Vermeidungstendenzen der Patienten nicht Vorschub zu leisten und zu einer effektiven Beseitigung der Symptome zu kommen, was ja letztlich(!) auch im Interesse des Patienten sei. Bei einigen Supervisanden meldet sich deutliches Unbehagen, bei erfahrenen Klinikern Unglaube («meinen die wirklich, was sie sagen?») und angesichts des Geschwätzes über die sog. Qualitätssicherung und externer Kontrolle zunehmend Zorn. Schon klinkt sich die neu gegründete Bundespsychotherapeutenkammer in die Diskussion ein, und es werden weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung von Psychotherapie für «unausweichlich» gehalten, obwohl hier keine Einsparpotentiale bestehen. Die Geisteshaltung von Wissenschaftlern und Kostenträgern scheint sich in einem empfindlichen Punkt zu berühren, nämlich in der Bereitschaft, den Patienten zum Objekt (ihrer fürsorglichen Bemühungen oder ihrer Macht) zu machen. Zwischen Wissenschaft und Kostenträgern hat sich eine Allianz des Kosten-Nutzen-Denkens gebildet. Um auch die Vorteile zu würdigen: Es gibt inzwischen eine gesellschaftlich breite Akzeptanz von Psychotherapie, eine historisch einzigartige Nachweisfülle ihrer Wirksamkeit und eine erhebliche Differenzierung psychotherapeutischer Methoden. Die Nachteile bestehen in einer Verarmung des Wissenschaftsverständnisses und der Forschungsmethoden, in einem Verlust von Selbsthinterfragung und Gesellschaftskritik, einer Reduktion von Patienten auf zu verallgemeinernde Aspekte (Störungen) und einem Verlust der Wertschätzung klinischer Praxis als ultimativer Bewährung für empirische Modelle.

Das Zeitalter der Ver-Naturwissenschaftlichung und der Herrschaft des Marktdenkens hat die kritische Selbsthinterfragung durch einen naiven Glauben an Daten und Methoden zentrismus ersetzt. Die weniger naiven Forscher (also die meisten) machen trotzdem mit, weil sich mit einer neuen Methode und Einsparversprechen schnell eine Karriere aufbauen lässt. So wie Thure von Uexküll beklagt, dass die heutige Humanmedizin eher wie eine Veterinärmedizin betrieben wird, so sind ausgerechnet die nachfolgenden Fachleute fürs Humane – die Psychotherapeuten – vom Verlust eines wirklichen Verständnisses von Qualität bedroht.

Dieser Verlust hat sich in den letzten 10–15 Jahren bereits in einem Niedergang hochwertiger stationärer Psychotherapie gezeigt. Mit Einführung des QS-Konzeptes wurde die Quantität erbrachter Leistungen am Patienten pro Tag, die Kürze der Verweildauer zum Maßstab für Qualität und zum Markenzeichen einer Klinik. Das führt zu einer gnadenlosen Selektion: Multimorbide Patienten werden weiter in die Psychiatrischen Kliniken verschoben oder somatisch fehl behandelt, was die Kosten auf andere Bereiche verschiebt und vergrößert. Die Individualisierung und konsequente Ausrichtung der Therapie auf den Patienten und auch die Reflektion der Therapeuten über den Patienten blieben als Qualitätsaspekte auf der Strecke. Die ambulante Psychotherapie gerät so in den starren Sparblick der Kostenträger, obwohl mit guter Psychotherapie erhebliche Einsparpotentiale in anderen Bereichen realisiert werden könnten und ambulante Psychotherapie selbst nur 1,8% der Gesamtkosten ausmacht.

Mit Kosten lässt sich immer gut öffentlich argumentieren, aber die Hauptaufgabe von Psychotherapeuten sollte es sein, die essenti-

ellen Bedingungen guter Psychotherapie auch gegen den Strom des Marktes zu behaupten. Es geht bei näherem Hinsehen nicht «nur» um Qualität, sondern um einen ethischen Kernkonflikt zwischen gesellschaftlicher Einbindung und Kontrolle und individueller Selbstbestimmung. Die Nicht-Berücksichtigung der prinzipiellen Selbstbestimmung im hippokratischen Eid hat aus der Humanmedizin eben das gemacht, was sie heute ist. Selbstbestimmung fängt mit Selbsthinterfragung an. Die professionellen Helfer haben hier auf allen Ebenen mit gutem Beispiel voranzugehen.

Was sind die Voraussetzungen für ein echtes Qualitätsbewusstsein in der Psychotherapie? Zunächst einmal braucht die Psychotherapie eine Verbreiterung ihrer wissenschaftlichen Grundlagen auf die geisteswissenschaftliche Fundierung eines metapsychologischen Rahmenmodells therapeutischer Einflussnahme und auf Gesellschaftskritik. Kurz: Die Selbsthinterfragung der Wissenschaftler müsste aus einer naturwissenschaftlichen Verdinglichung des Patienten herausführen in ein echtes Verständnis therapeutischer Einflussnahme, das in zweiter Linie mit objektiven Daten kompatibel ist. Es braucht ein metapsychologisches Modell der Interaktion als zentralem Medium der Einflussnahme. In der Interaktion manifestiert sich die Wirksamkeit von Psychotherapie, in der die Anwendung von Interventionsprototypen (Methoden) oder Interpretationen (Deutungen) erst zur Wirkung kommen kann. An der Stimmigkeit dieser Interaktion macht sich für den Patienten Vertrauen und die wachsende Bereitschaft zur Selbsthinterfragung fest, die dann auch zu einer erweiterten Selbstwahrnehmung und zur Veränderung führen kann. Es müsste sich von selbst verstehen, dass diese Stimmigkeit nicht unter Zwang hergestellt oder forciert werden kann, sich aber auch nicht von selbst durch passives Zuwarten einstellt. Es braucht die aktive Interaktion und die Bereitschaft des Therapeuten, sich durch die Bedürfnisse seines Patienten anstecken zu lassen, um auf ihn die passenden Reaktionen zu finden. Damit rückt die Persönlichkeit des Therapeuten in den Mittelpunkt eines echten Qualitätsbewusstseins, die im Reinheitsgebot naturwissenschaftlicher Verkürzung aus dem Blick geraten ist. Nur ein Therapeut, der seine eigenen Abhängigkeiten grundsätzlich hinterfragt hat (Herkunft, Therapieschule, Ausbildungsinstitut, Weltbild, Menschenbild, Lebensperspektive, Ideale, Umgang mit Geld, Sex und Macht) und zu ständiger Selbsthinterfragung bereit ist, kann seine Patienten auf dem Weg zu größerer Selbstbestimmung (innerhalb der fortbestehenden Abhängigkeiten) begleiten und eine heilsame Einflussnahme bewirken. Selbsthinterfragung ist mühsam, schmerzhaft und als Prozess unberechenbar. Wenn Therapeuten eigenen Bedürfnissen nachgeben, äußeren Druck an die Patienten weitergeben oder die Aufmerksamkeit des Patienten für Fremdinteressen missbrauchen, dann scheitern sie in der Interaktion. Jedes Scheitern verlängert das Leiden des Patienten und kostet die Gesellschaft dann noch mehr von dem, was vorher eingespart werden sollte. Denn es gibt keine Alternative dazu, sich dem Leiden des Patienten zu stellen, das immer auch ein Leiden an dieser Gesellschaft ist. Spar ich mir mein Mitgefühl heute, dann muss ich morgen doppelt soviel Zeit aufwenden und selbst um das Mitgefühl Anderer bangen.

Diese Kultur der Selbsthinterfragung muss durch alle Mitwirkenden gepflegt werden, um nicht einer Gegenkultur der Macht, des Zwanges und externer Kontrolle zu erliegen. Kontrolle ist nur da sinnvoll, wo Selbstkontrolle scheitert.

Als Patient hat man in erster Linie ein Recht auf selbstkritische Forscher und Therapeuten, die einen Raum für Selbstentwicklung zur Verfügung stellen und Qualität nicht leichtfertig oder aus Teilhabe an der Macht von Kostenträgern mit Quantität verwechseln.

MARTIN WENDISCH

*Zu dem Schwerpunktthema hätte ich mal wieder ein Buch schreiben können. Die Begrenztheit von Zeit (meiner) und Raum (des Heftes) hat das verhindert. So lesen Sie ein paar Schnipsel (so Sie denn wollen) aus dem virtuell gebliebenen Wälzer.*

URSULA NEUMANN

## Der arabische Patient

Nein, es geht nicht um den herzkranken Asylbewerber aus Syrien, für den der deutsche Gesetzgeber (also die von uns gewählte Volksvertretung) eine Minimalbehandlung vorschreibt. Es geht auch nicht um den krebserkrankten Jemeniten, der rückgeführt wird, weil die deutsche Botschaft versichert, Chemotherapie etc. sei auch bei ihm zuhause möglich.

Nein, Anlass für diese Zeilen ist ein Artikel der Frankfurter Rundschau vom 28.10. 03 «Hessen entdeckt den arabischen Patienten». Die Zeiten seien seit dem Irak-Krieg günstig, heißt es da. Die «Lust der Araber», sich in den USA oder Großbritannien behandeln zu lassen, sei «auf Null gesunken». Damit kein Lustverlust beim arabischen Patient-Sein eintritt, ist Deutschland zur Stelle. Nach Erlebnisreisen und Käufererlebnis ist das Krankheitserlebnis angesagt: «Der Kurpark, die Champagner-Luft, das Kaiser-Wilhelm-Bad – in Bad Homburg ist gut sein. Auch arabischen Patienten kommt das Flair des alten Fürstenbades sehr entgegen», meint der Kurdirektor.» Auf dem heiß umkämpften «Megamarkt» schießen «die Akquisiteure wie Pilze aus dem Boden», in Hessen haben sich bereits mehrere Kliniken (darunter die Frankfurter und Marburger Uni-Kliniken) zum «Medical Net-

work Hessen» zusammengeschlossen und werben in den Ländern von Tausendundeine Nacht. Die Uni-Klinik Gießen, (noch?) nicht mit von der Partie, wurde jüngst vom hessischen Wirtschaftsministerium zur werbewirksamen Selbstdarstellung aufgefordert. Ihr ärztlicher Direktor meinte dazu: «Das mit dem Schweinefleisch kriegen wir noch hin, aber der rote Teppich ist nicht drin.» Der Mann wird umdenken müssen. Schließlich: «Die Leute lassen viel Geld liegen und haben ein entsprechendes Anspruchsdenken». Das laufe auf Zwei-Klassen-Medizin hinaus? Papperlapapp. Wer so was sagt, hat noch nicht ka-

«Eine beachtliche Suizidgefahr lässt sich wohl auch nicht stets schon dann annehmen, wenn ein Ausländer vor der Einreise in das Bundesgebiet etwa Folter erlitten hat und deshalb an posttraumatischen Belastungsstörungen leidet, die bei der Ankündigung einer Abschiebung zu einer weiteren Verschlechterung des psychischen Zustandes (Retraumatisierung) führen können. Dem Senat liegen keine sachverständigen Äußerungen vor, die belegen, dass in solchen oder in vergleichbaren anderen existenziellen persönlichen Krisen, die von der Furcht geprägt sind, ein erlittenes schlimmes Schicksal erneut zu erfahren, nach wissenschaftlicher Erkenntnis bei jedem Betroffenen ohne weiteres von einer konkreten Suizidgefährdung ausgegangen werden muss ... Jedenfalls erkennt der Senat ... keine überwiegende Wahrscheinlichkeit dafür, dass der Antragsgegner [das Land Baden-Württemberg] verpflichtet ist, sich zu vergewissern, ob eine gegebenenfalls erforderlich werdende dauernde fachpsychiatrische Behandlung des Antragstellers ... in der Türkei möglich ist ...»

Aus dem Beschluss des Verwaltungsgerichtshofs Baden-Württemberg vom 2.5.2000 (AZ 11 S 1963/99): Ablehnung der Aussetzung der Abschiebung, entnommen dem sehr informativen Link [www.aktivgegenabschiebung.de/traumatext.html#aktuell](http://www.aktivgegenabschiebung.de/traumatext.html#aktuell)

piert: der eigentliche Patient, das ist unsere Wirtschaft! Wer Verantwortungsbewussten Leuten mit derart kleinlichen Bedenken Knüppel zwischen die Beine zu werfen versucht, sollte eigentlich wegen unterlassener Hilfeleistung angezeigt werden.

«Der Araber will fliegen, aussteigen und eine Stunde später auf dem Behandlungstisch liegen», weiß der Verband hessischer Heilbäder. Und so fliegen halt die einen in die eine Richtung und die anderen in die entgegengesetzte, und manche – keineswegs nur Araber – fliegen aus dem Gesundheitssystem.

URSULA NEUMANN

## Wie hältst Du's mit Behandlungsfehlern?

### Diskussion zwischen Dr. Jekyll und Mr. Hyde

Als ich neulich im Café über meinem Artikel zum Thema Behandlungsfehler brütete, gab es am Nebentisch eine heftige Diskussion. Als bvvp-Redakteurin allzeit bereit, stellte ich – nicht ganz legal – mein Aufnahmegerät an. Als die Herren zahlen wollten, fragte ich, ob ich den Mitschnitt veröffentlichen dürfe. Ich durfte. Nur anonym wollten sie bleiben. Als Pseudonym wählten sie Dr. Jekyll und Mr. Hyde. Das war übrigens der einzige Punkt, in dem sich die beiden einig waren.

«... das 1993 eingeführte und 1997 novellierte Asylbewerberleistungsgesetz begrenzt die medizinischen und psychologischen Versorgungsmöglichkeiten. Die Intention des Gesetzgebers war die deutliche Schlechterstellung der Zielgruppe im Vergleich zur Krankenhilfe bei Sozialhilfeempfängern. Von einigen Experten wird darin ein Verstoß gegen das Grundgesetz gesehen. Das medizinische Leistungsspektrum wird auf akute Erkrankungen wie zum Beispiel Schmerzbehandlungen oder Hilfen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt sowie Leistungen zur Sicherung der Gesundheit (§§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz) reduziert. Die vom Gesetzgeber geforderte Differenzierung nach akut-chronisch, unaufschiebbar, nicht dringlich bzw. zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich, nicht unbedingt notwendig entspricht nicht den Entscheidungs- und Handlungsmustern unseres Versorgungssystems, da bei vielen Krankheitsbildern und Verläufen (z. B. Diabetes, Epilepsie etc.) diese Unterscheidung nicht möglich ist. Außerdem verhindert der gesetzliche Rahmen außer Impfungen Ansätze sinnvoller Präventionsmaßnahmen.»

H.-Jochen Zenker, Psychotherapie und Medizin im Rahmen des Ausländerrechts

Der Artikel ist veröffentlicht in der Dokumentation der Fachtagung vom 26.04.2001 «Traumatisierte Flüchtlinge», herausgegeben vom Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge. Auch unsere mit dem Verdienstkreuz geehrte Kollegin Waltraud Wirtgen (s. S. 32) hat darin einen Beitrag zum Thema Diagnostik und Begutachtung posttraumatischer Belastungsstörungen geschrieben. Die Texte sind abrufbar unter [http://www.bafli.de/template/index\\_publicationen.htm](http://www.bafli.de/template/index_publicationen.htm)

Kohn kommt zum Rabbi und beklagt sich heftig über Goldstein. Der Rabbi sagt: «du hast Recht». Kurz danach kommt Goldstein und klagt ebenso wortreich über Kohn. Der Rabbi sagt: «Recht hast du». Die Frau des Rabbi hat alles mit angehört und sagt: «Zuerst gibst du dem Kohn Recht und dann dem Goldstein. Das geht doch nicht.» «Du hast auch Recht», sagt der Rabbi.

Dr. J.: 400 000 ärztliche Behandlungsfehler pro Jahr? Wo haben Sie denn diese abenteuerliche Zahl her? Bei den ärztlichen Schlichtungsstellen werden gerade mal 10 000 Anträge auf Überprüfungsverfahren gestellt.

Mr. H.: Schon mal was von Dunkelziffer gehört? Zahl der Verfahren ist nicht gleich Zahl der Kunstfehler. Was glauben Sie, wie viele geschädigte PatientInnen nichts unternehmen! Weil sie abgewimmelt werden, weil sie nicht wissen, an wen sie sich wenden können – die miserable Information über Beschwerdemöglichkeiten ist doch kein Zufall! Die Schiedsstellen der Ärztekammern kann man sowieso vergessen, da hocken ja nur Ärzte drin und ein pensionierter Jurist. Die BÄK wehrt sich mit Händen und Füßen, dass da ein Patientenvertreter reinkommt. Sehr vertrauensbildend! Und dann: Schlichtungsverfahren sind freiwillig, und das Ergebnis ist für den Arzt nicht bindend. Die Haftpflichtversicherungen sagen: «die Schlichtungsstelle interessiert uns nicht». Und ein Prozess? Der dauert Jahre, kostet Geld und Nerven. Genau das Richtige für Geschädigte. Wen die Medizin vorher noch nicht krank gekriegt hat, den hat sie hinterher bestimmt geschafft. Versicherung und Gutachter, da wäscht eine Hand die andere: mal wird dem Professor hier eine Tagung gesponsert, mal da eine Studie finanziert. Dafür fällt dann das Gutachten gefällig aus. Der Patient kann sein Privatgutachten aus eigener Tasche bezahlen. Ihre Aufregung, dass ich keine genauen Zahlen vorweisen kann, ist künstlich. Sie sind es doch, der keinen Patientenschutzbeauftragten will. Der könnte durch jährliche Berichte Öffentlichkeit schaffen. Immerhin hat die TK in einer Umfrage herausgefunden, dass sich jeder Fünfte schon mal falsch behandelt gefühlt hat.

Dr. J.: Gefühlte Behandlungsfehler sind keine erwiesenen Behandlungsfehler. Bei 70% der Schiedsstellen-Verfahren wird ein Behandlungsfehler verneint.

Mr. H.: Wen wundert's!

Dr. J.: Ach ja, jetzt kommt der Satz mit den Krähen ...

Mr. H.: Ein bisschen konkreter wird's schon. Erklären Sie mir mal, wieso z. B. in Bayern 1999 überhaupt nur 40% der Anträge zur Entscheidung angenommen worden sind und von diesen 40% nur in jedem fünften Fall ein Behandlungsfehler anerkannt wurde, in Nordrhein dagegen fast in jedem zweiten! Vermutlich erwarten Sie noch Dankbarkeit, dass die Anerkennungsquote in Bayern in vier Jahren von skandalösen 3% auf 20% gestiegen ist?

Dr. J.: Ein Grund, warum viele Verfahren nicht zur Entscheidung kommen, ist, dass die Patienten das Interesse verlieren. Wenn Sie Bayern zitieren: da war das bei 10% aller Anträge der Fall.

Mr. H.: Das ist billig, den Patienten den schwarzen Peter zuzuschieben. Fragen Sie lieber, warum sie das Interesse verlieren. Ich könnte Ihnen da reihenweise Antworten zitieren.

Dr. J.: Mir reicht, was ich erlebe: ein unglaublich gestiegenes Anspruchsniveau bei den Patienten. Denen wird doch eingeredet: «Die Medizin wirkt Wunder, und wenn nicht, sind Sie an einen Deppen oder Pfuscher geraten. Klagen Sie, der soll bluten, das ist Ihr gutes Recht. Spezialisierte Anwaltskanzleien gibt es inzwischen zuhauf, die finden schon den richtigen Dreh.» Wenn ich meine Patienten korrekt aufklären will, sagen die: «der formale Kram interessiert mich nicht».

Die wollen es doch gar nicht wissen. Die wollen nur eins, dass ich ihnen begütigend zurede «alles wird gut». Wenn nicht, bin ich kalt und herzlos. So viel zum Thema informed consent. Und wenn's dann nicht gleich, sofort und auf der Stelle ein Traumergebnis ist, dann wird rum erzählt, was der Doktor für eine Null sei. Wenn ich Pech habe, hängt man mir ein Verfahren an, das mich Zeit und Kraft kostet und meinen Ruf ruiniert. Der Halbgott in Weiß sei passé? Dass ich nicht lache! Genau den wollen die Leute, eine Mischung aus Hausarzt von annodazumal, der die Nöte der Familie seit Generationen kennt, und dem Superspezialisten mit 2000 Nierentransplantationen. Wissen Sie was? So allmählich macht das keinen Spaß mehr. Ich komme mir vor wie der Lokführer, der eingelocht wird, wenn's schief geht, während die eigentlich Verantwortlichen fein raus sind und sagen: «Das ist alles genau in Erlass Nr. 1756 geregelt». Ich soll den Scheiß im Kopf haben und mich dran halten. Ob mein Wartezimmer überquillt, ob ich vor Müdigkeit kaum mehr aus den Augen gucken kann, ob die Punktwerte sinken – das ist doch so was von egal.

Mr. H.: Der Patient als Feind? Was haben Sie denn für ein verqueres Bild? Was die Leute wollen, ist eben nicht der kleine Herrgott, sondern sie wollen Offenheit, keine Trickereien, Verständnis für ihre Sicht der Dinge. Warum sträuben Sie sich so gegen das, was für Rechtsanwälte und Architekten selbstverständlich ist? Die müssen von sich aus auf begangene Fehler hinweisen. Stattdessen drücken Sie sich immer noch, Unterlagen herauszugeben, obwohl Sie dazu verpflichtet sind. Die Mauer des Schweigens, das Kartell des Vertuschens ist doch keine Erfindung von mir. Jeder vernünftige Mensch billigt Ihnen Fehler zu. Aber Sie halten es ja noch nicht mal für erforderlich, sich zu entschuldigen, wenn jemand durch Sie zu Schaden gekommen ist. Den Leuten geht es eben nicht ums Geld. Aber was sich da an Arroganz und Missachtung primitivster Anstandsregeln abspielt, spottet jeder Beschreibung. Das haben Sie sich selbst zuzuschreiben, wenn die Leute dann zornig werden und sagen, «das brauchen wir uns nicht gefallen zu lassen». Wenn Eltern eines Kindes, das durch einen Behandlungsfehler zu Tode gekommenen ist, von der Ärztin einen Brief bekommen, in dem nichts weiter steht, als dass Sie jegliche Verantwortung zurückweist, dann ist das doch einfach nur mies.

Dr. J.: Und wenn die Ärztin sich entschuldigt, wer garantiert, dass das nicht als Schuldanerkenntnis gewertet wird? Dann kann sie Schadenersatzforderungen aus eigener Tasche bezahlen, weil sie durch das Schuldanerkenntnis den Versicherungsschutz verliert. Das ist eben der Preis der Verrechtlichung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, für die Sie sich ja so stark machen. «Patientenschutz», das ist eine aufstrebende Branche, in der sich viele satte Gewinne versprechen. In Florida haben letztes Jahr allein 130 Personen über 1 Million Dollar erstritten.

Mr. H.: Das ist immerhin besser als die lächerlichen Summen, die hierzulande gezahlt werden. 50 000 Euro für einen Krebskranken, dem aus Versehen der falsche Lungenflügel operiert wurde.

Dr. J.: Und die Kehrseite? Jährliche Haftpflichtprämien bis zu 150 000 Dollar – da kann man den Kittel gleich an den Nagel hängen. Auch hierzulande wächst die Neigung zur Defensivmedizin, wenn man sich nicht von vornherein nach was weniger Riskantem umschaute. Mein Sohn wollte Chirurg werden. Das habe ich ihm ausgedredet.

Mr. H.: Und, was macht er stattdessen?

Dr. J.: Psychotherapeut. Denen sind Behandlungsfehler am schwersten nachzuweisen.

URSULA NEUMANN





Karsten Vilmar



Hiltrud Kastenholz



Angelika Ebbinghaus

## Du darfst!

### Oder das verlorene Recht auf Regression

«Du darfst» – das war die Werbung für einen fettarmen Brotaufstrich. Die eigentliche Botschaft hieß: «Du musst.» Nämlich schlank bleiben.

Bei all der Lektüre der letzten Wochen über das – von mir vehement verfochtene – partnerschaftliche Modell, den informed consent, Patientenmitbestimmung und Beschwerdekultur stellte sich irgendwann ein Unbehagen ein: Wenn ich permanent auf meine Autonomie und Eigenverantwortung festgenagelt werde – wo bleibt dann mein Recht auf Regression? Es ist ja fast verwerflich als PatientIn zu sagen: «ich will gar nichts wissen, macht mit mir, was ihr für richtig haltet, ich vertraue, dass ihr es gut mit mir meint.» Steht dem Recht auf Information nicht auch ein Recht auf Nicht-Information gegenüber? Hat das Bild des «aufgeklärten Patienten» nicht auch etwas vom Leitbild des jungen, dynamischen, durchtrainierten, toughen und coolen Gewinner-Typs, auf das wir verpflichtet werden? Schwäche, Verwirrtheit, Angst, Scham, Unwissen – das sind Eigenschaften, die müssen wir bekämpfen, überwinden, leugnen. So wird uns beigebracht.

Wird das Verständnis von Partnerschaft in der Arzt-Patienten-Beziehung von dieser Macher-Ideologie dominiert, so wären die PatientInnen vom ärztlichen Patriarchat nur unter eine neue Herrschaft geraten. Die ÄrztInnen stehen vielleicht schon unter dieser Herrschaft, wenn sie jeden Tod als persönliche Kränkung, jeden medizinischen Misserfolg als eigenes Versagen werten, das sie sich (oder dem Patienten) nicht verzeihen. Das Diktat des Patriarchats verbot eigene Meinung und Widerspruch. Das Diktat narzisstischer Allmachtsfantasie verbietet Regression und Ohnmacht. Ich weiß nicht, was schlimmer ist, oder vielmehr, ich weiß es ganz genau: Weil es im Patriarchat ein Gegenüber gab, blieb zur Selbst-Verteidigung wenigstens noch die Möglichkeit der Subversion und des passiven Widerstandes. Die Beschädigten einen nicht, sieht man von den Gewissensbissen ab. Wenn aber «Autonomie» als Ich-Ideal so «erfolgreich» internalisiert ist, dass kein «Andererseits» der Schwäche und des Unwissens mehr möglich ist, dann bleibt dem, der hinter diesem «eigenen» Ideal zurückbleibt, nur noch Scham und Selbsthass.

Zur wirklichen Partnerschaft gehört, sich vertrauensvoll fallen lassen zu dürfen, und zu einer wirklichen Partnerschaft gehört auch, dass man nicht darauf festgenagelt wird, eine bestimmte Rolle zu spielen, egal ob's passt oder nicht. Zu einer wirklichen Partnerschaft gehört auch, dass der momentan Stärkere dem momentan Schwachen erlaubt, schwach zu sein, und die Führung übernimmt, aber auch das Gespür dafür entwickelt, wann es Zeit wird, sich wieder zurückzunehmen.

URSULA NEUMANN

## Patientenbeteiligung bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsinstrumenten

### Ein Tagungsbericht

Als mich irgendwer auf den Workshop «Patientenbeteiligung bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsinstrumenten» der AQS (Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin; [www.aqs.de](http://www.aqs.de)) am 26.11.03 aufmerksam machte, meinte ich: «Da liegen wir ja mal wieder voll im Trend»: Die QS-Gruppe im bvvp hat nämlich eine Projektskizze fix und fertig in der Schublade, in der es genau darum geht. Das Papier wurde von uns gemeinsam mit dem Team Public Health der Fraunhofer Gesellschaft entwickelt – wir haben also einen renommierten Partner bei der Planung und für die Durchführung. Jetzt fehlt nur noch das Geld.

Eine vorrangige Fragestellung war für unsere Gruppe: Was verstehen PatientInnen unter «Qualität in der Psychotherapie»? Von den Bedürfnissen derjenigen auszugehen, die die Leistung in Anspruch nehmen (wollen), sollte eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein. Aber manche Dinge sind für manche Kreise anscheinend zu banal, um ihr Interesse zu wecken. Oder die Interessen liegen eben wo anders. Davon ein andermal und dann ausführlicher.

Das vom Vorsitzenden der AQS, Prof. Dr. Vilmar, genannte Ziel des Workshops, Konsens über die zweckmäßigste Beteiligung der PatientInnen zu erreichen, war natürlich illusorisch. Das ist in fünf Stunden nicht zu schaffen, schon gar nicht, wenn die TeilnehmerInnen so unterschiedliche Interessenlagen haben, wie sich das für Vertreter von KVen, Verbraucherzentralen, Sozialverbänden, BfA, Universitätsinstituten, Selbsthilfegruppen, Patientenberatungsstellen und Krankenkassen gehört.

Frau Dr. Kastenholz vom Bundesgesundheitsministerium, die erste Rednerin, lobte – surprise, surprise! – das GMG und nannte als Fortschritt bei der PatientInnenbeteiligung ... nein, nicht die Praxisgebühr, aber z. B. das Recht der PatientInnen auf «Leistungsinformation», die elektronische Gesundheitskarte (ab 2006), weil nämlich die PatientInnen bestimmten, was gespeichert werde, außerdem würden auch Rechnungen aus dem EU-Ausland erstattet, und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit stelle Bürgerinformationen bereit ... Sie war nicht zu beneiden und hat tapfer zusammengekratzt,

was sich irgendwie mit Patientenbeteiligung in Verbindung bringen ließ. Zum Zweck des demnächst gesetzlich vorgeschriebenen internen Qualitätsmanagements fiel ihr ein, es diene der schnellen Erkennung von NotfallpatientInnen und solle unnötige Wartezeiten vermeiden. Also, gemacht, gemacht!

Es folgte der spannende Bericht über ein Modell «Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess», PD Dr. Martin Härter (Freiburg) referierte über Projekte zur «partizipativen Entscheidungsfindung (PEF)» bei unterschiedlichen Erkrankungen (z. B. auch Schizophrenie und Depression): Nicht nur die PatientInnen wünschten in hohem Umfang Information (mehr) und Beteiligung an Entscheidungen (etwas weniger), sondern auch die ÄrztInnen hielten das Modell zu fast 90% für umsetzbar. Wer sagt's denn! (Näheres auf [www.patient-als-partner.de](http://www.patient-als-partner.de))

Frau Dr. **Ebbinghaus** von der Unabhängigen Patientenberatung Bremen hatte unsere Profession im Visier. Natürlich kämen zu ihr nicht die zufriedenen PatientInnen, meinte sie. Aber es sind nicht wenige, die Grund zur Klage haben: Private Zuzahlungen, die Forderung des vollen Stundenhonorars trotz frühzeitiger Absage, Verpflichtung, den eigenen Urlaub dem des/der TherapeutIn anzupassen, Kungelei mit Scheindiagnosen, Fahren unter falscher Flagge (Körpertherapie als VT z. B.). Das Machtgefälle würde ausgenutzt, indem z. B. jeder Zweifel des Patienten als Abwehr umgedeutet würde. TherapeutInnen werten PatientInnen aggressiv ab oder erzählen ihnen von ihren eigenen Problemen ... so sicher dürfen wir nicht sein, dass das die absolute Ausnahme ist. Erschreckend fand ich, dass PatientInnen sich beklagen, wir redeten wenig verständlich, und die probatorischen Sitzungen erfüllten nicht den Zweck der Information. Vielleicht haben wir weniger Grund als wir glauben, auf die sprachunfähigen Apparate-MedizinerInnen herunterzuschauen? ([www.patientenberatung-bremen.de/indexie.htm](http://www.patientenberatung-bremen.de/indexie.htm))

Mit Dr. Belluci vom Berner Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung (!) gab es auch einen Blick über die Grenzen: Es reicht nicht, wenn der Gesetzgeber ein paar ExpertInnen zu Rate zieht und dann beschließt. Laien haben andere Interessen und andere – keineswegs dümmere – Sichtweisen. Die Politik braucht sich über mangelnde Akzeptanz nicht zu wundern, wenn sie die Gesellschaft nicht mitreden lässt. Mitreden aber ist mehr, als gelegentlich bei einem Referendum mit ja oder nein antworten zu dürfen. PubliForum ist eine der Schweizer Möglichkeiten, dem Volk aufs Maul zu schauen: 30 «normale» BürgerInnen werden nach dem Zufallsprinzip ausgewählt, sie legen selbst die Themen fest und suchen sich die ExpertInnen aus, die sie anhören wollen. Am Ende schreiben sie einen «Bürgerbericht», der dann (wenn's gut läuft) auch in die Gesetzgebung eingeht – das glückte beim PubliForum Transplantationsmedizin. Ein Anfang, an dem man weiterstricken kann. ([www.Publiforum.ch](http://www.Publiforum.ch))

Genug ... ich kann nicht alles aufzählen, es war so viel reingepackt. Man wechselte ein paar Sätze, wo man sich gern auf ein langes Gespräch eingelassen hätte, mehr als Visitenkarten-Tausch war oft nicht drin. Schade.

Mein erster Workshop bei der AQS war auch mein letzter, denn dieser freiwillige Zusammenschluss von Bundesärztekammer, KBV, Deutscher Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen wird kurz nach seinem 10. Geburtstag abgewickelt. Unfreiwillig, wie mir sehr deutlich bekundet wurde. Die Aufgaben soll der Gemeinsame Bundesausschuss wahrnehmen. Man darf gespannt sein.

URSULA NEUMANN

## AUSBILDUNG ZUM PSYCHOLOGISCHEN PSYCHOTHERAPEUTEN

**Schwerpunkt:**  
Psychoanalyse, Tiefenpsychologie

Auskunft im Sekretariat des Instituts  
für Psychoanalyse der

**DEUTSCHEN PSYCHOANALYTISCHEN  
GESELLSCHAFT**

60325 Frankfurt am Main  
Mendelssohnstr. 49  
Tel. 069-747090

Email: [Institut@dpg-frankfurt.de](mailto:Institut@dpg-frankfurt.de)  
Homepage: [www.dpg-frankfurt.de](http://www.dpg-frankfurt.de)

**[www.bvvp-magazin.de](http://www.bvvp-magazin.de)**

- **Kleinanzeigen**
- **Hefte zum Download**
- **Abo**
- **Veranstaltungen**

# INTERVIEW

Meinen Interviewpartner, Prof. Dr. Wolfgang Böker, habe ich aufgrund seines Artikels «Der fragmentierte Patient» (Deutsches Ärzteblatt 100, Ausgabe 1–2 vom 06.01.2003) ausgeguckt. Aber wenn ich seine vielfältigen Aktivitäten betrachte, dann glaube ich, dass nicht nur er für uns interessant ist, sondern ihn auch einige Artikel dieses Heftes ansprechen werden:

- er hat das erste deutschsprachige Buch zu sexuellem Missbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie herausgegeben (1994)
- er arbeitete – als langjähriger Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Bern – an integrativen Therapiemodellen für Schizophrenie
- in «Burnout in der psychiatrischen Krankenpflege» widmet er sich den Problemen des medizinischen Personals
- als ehrenamtlicher Patientenfürsprecher in Heidelberg hilft er mit, ein Beschwerdemanagement zu implementieren.

Dass er schließlich das auf Fritz Morgenthaler zurückgehende Berner Psychiatriemuseum aus seinem Dornröschenschlaf befreite, ist ein Recherche-Mosaiksteinchen, das mir besonders gut gefallen hat.

## Die galoppierende Medizin – vergaloppiert?

### Interview mit Prof. Dr. Wolfgang Böker

Ursula Neumann: Sie beklagen in Ihrem Artikel «Der fragmentierte Patient», dass Ärztinnen und Ärzte die kranken Menschen nicht als Personen, sondern fragmentiert in Organe und Laborwerte sehen. Nahm man früher die Kranken ernster?

Wolfgang Böker: Die alten Ärzte waren Patriarchen, habe dekretiert, manchmal autoritär, aber mit Respekt vor der Person ihres Patienten. Heute wird die partnerschaftliche Arztrolle propagiert, umso mehr muss sich der Arzt bemühen, als Partner aufzutreten. Das tut er nicht genug. Die gegenwärtige Ärzteschaft ist abgelenkt und fasziniert von den vielen Möglichkeiten der Untersuchungstechnik. Was fehlt, ist die Vermittlung der Ergebnisse, das Eingehen auf die Erwartungen des Kranken, damit der dann auch mittut. Auch die Kranken haben sich geändert. Früher befolgten sie ängstlich beflissen, was der Arzt sagte, heute gucken sie im Internet nach, ob das Medikament auch richtig ist.

U. N.: Kann die moderne Medizin überhaupt der Gefahr entrinnen, die Patienten und Patientinnen auf einen Objektstatus zu reduzieren?

W. B.: Es hat sich eine immer größere Kluft aufgetan zwischen der Expertenwelt der Ärzte und der Welt des Laien. In der alten Medizin hat man halt einen gebrochenen Knochen eingerichtet, eine Entzündung mit dem Eisbeutel behandelt, man hat versucht, den Erregten zu beruhigen und den Traurigen zu trösten. Das Ganze war viel weniger entfernt vom Verständnishorizont des Kranken. Je weniger die Ärzte

dolmetschen können zwischen dem, was ihre Expertenwelt ist und dem, was der Kranke erwartet, desto weniger erreichen sie ihn.

U. N.: Was ist wichtiger zum Gesund-Machen: die Kranken zu trösten oder das genaue Wissen über Molekularmedizin?

W. B.: Beides. Der Arzt darf nicht sagen, mich interessiert nicht, dass die Medizin sich vom Verständnis des Kranken entfernt hat. Wenn er schon in der neuen Rolle des partnerschaftlichen Arztes auftritt, muss er sich die Mühe machen, das zu transportieren, worauf es ankommt, er muss es so sagen, dass der Kranke etwas davon hat.

U. N.: Ist die High-Tech-Medizin auch ein willkommenes Mittel, die «Angst vor dem Patienten» dadurch steuern zu können, dass man ihn fragmentiert?

W. B.: Es gibt die Angst vor Haftungsprozessen. Was in Amerika eine Riesenrolle spielt, kommt auch zu uns. Eine ausgesprochene Angst vor den Patienten ist vielleicht seltener als man meint, aber es gibt die Angst vor den Emotionen des Patienten. Der Rückzug hinter Apparate und Techniken erspart die Sprache. Mit Emotionen umzugehen, hat der Arzt nicht richtig gelernt.

U. N.: Warum nicht?

W. B.: Weil in der Mediziner Ausbildung die naturwissenschaftlichen Wissensinhalte absolut, absolut dominieren. Der Anteil der Lehrinhalte psychosozialer Medizin ist noch immer verschwindend gering.

U. N.: Wer ist dafür verantwortlich, oder ist das der Lauf der Welt?

W. B.: Bemühungen gibt es, aber die Lawine der naturwissenschaftlichen Wissensvermehrung, die sich über uns ergießt, ist so mächtig. Um Platz zu schaufeln für psychosoziale Inhalte, müsste man radikal an anderen Stellen kürzen. Da wehrt sich natürlich jedes Fach.

U. N.: Man könnte fragen, was ist den Patienten wichtig, was macht sie gesünder, noch mehr Kernspin oder die psychosoziale Seite der Medizin?

W. B.: Die Patienten erwarten, dass ihnen die beste Medizin angeboten wird. Das ist auch richtig. Nur, es herrscht ein Missverhältnis zwischen dem Anlass und der Reaktion. Sofort werden die schärfsten Untersuchungsgeschütze eingesetzt, wo man vielleicht auch mit einer einfacheren Technik zurecht käme. Um aber entscheiden zu können, welche adäquate Methode zum Zuge kommt, braucht es Erfahrung und Wissen. Die werden viel zu wenig gesammelt, weil zu schnell die scharfen Geschütze aufgeföhren werden. Die Geschichte wird immer techniklastiger, immer diagnostiklastiger.

U. N.: Klagen tun eigentlich alle: nicht nur die PatientInnen, sondern auch die ebenfalls fragmentierten «Leistungsanbieter». Sind alle Opfer oder auch Täter?

W. B.: Die Ärzte kommen immer mehr in einen atemlosen Galopp: was muss man noch für einen Befund erheben? Sie manövriert sich aus der Arzt-Patientenbeziehung heraus und bringen sich um den Lohn ihrer Arbeit. Denn die eigentlichen Erfolgserlebnisse sind doch, wenn der Arzt spürt, dass der Patient ihn versteht und mittun will. Noch ist der Arztberuf einer der sozial geschätztesten Berufe, aber wenn das so weiter geht, wird das fragwürdig.

U. N.: Was raten Sie ÄrztInnen und TherapeutInnen, die eine «menschenfreundlichere Medizin» machen wollen?

W. B.: Sie sollen sich immer wieder vorstellen, selbst auf dem Patientenstuhl zu sitzen und voller Bangigkeit zu warten. Was für den Arzt banal ist, ist für den Patienten nicht banal. Die Ärzte haben zu wenig Fantasie, sich in den Patienten einzufühlen, der seinen Körper noch nicht wie ein Werkstück betrachtet.

U. N.: Sie sind in Heidelberg Mitinitiator der Initiative «Klientenfürsprecher» für psychisch kranke Menschen und deren Angehörige. Welche Erfahrungen machen Sie?

W. B.: Es ist nicht so, das die Leute sagen, ich bin ganz unglaublich schlecht behandelt worden. Sondern sie sagen: «ich habe nicht verstanden, was der gemeint hat, der war so kurz fertig, und ich habe noch so viel Fragen gehabt». Die Klienten erwarten, dass ich mich einschalte.

U. N.: Und Ihnen macht das Spaß?

W. B.: Unterschiedlich. Manchmal läuft nicht so viel, vielleicht haben manche Leute doch eine Hemmschwelle. Aber wenn ich was vermitteln kann, dann macht das schon Spaß. Das ist eine gute Tätigkeit, die propagiert werden sollte.

U. N.: Herzlichen Dank für das Gespräch.

### Klientenfürsprecher für psychisch Kranke und seelisch Behinderte

An den Klientenfürsprecher können sich psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen und deren Angehörige wenden, wenn sie Fragen, Beschwerden, Anregungen haben oder Sorgen und Probleme mit:

- Psychiatrischen Kliniken
- Beratungsstellen
- Sozialpsychiatrischen Diensten
- Betreutem Wohnen
- Heimen
- Psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxen
- Gesetzlichen Betreuungen
- **Der Klientenfürsprecher** unterliegt der Schweigepflicht und behandelt Ihre Anliegen streng vertraulich.
- Er ist ehrenamtlich tätig.
- Er arbeitet unabhängig und kostenfrei.
- Alle einzelnen Schritte werden jeweils mit Ihnen abgesprochen.
- Er wird unterstützt von einem Beirat, in dem Angehörige und Fachleute verschiedener Berufsgruppen vertreten sind.

(Aus der Homepage: *Ehrenamtliche Hilfe Heidelberg – Volunteering Heidelberg*: [www.hilfe-hd.de](http://www.hilfe-hd.de))

### Die AutorInnen

**BOWE, NORBERT**, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, bvvp-Vorstandsreferent, Kirchzarten • **CLEVER, BIRGIT**, Dr. med., 1. Vorsitzende des bvvp und vvps, Delegierte der KV Südbaden, Delegierte der Bezirksärztekammer Südbaden, Delegierte der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Mitglied des gemeinsamen Beirats der Landesärztekammer und der Landeskammer PP/KJP, Freiburg • **DEISTER, FRANK ROLAND**, Dr. phil. Dipl.-Psych., stellvertretender Vorsitzender des bvvp-Vorstands, Vorstandsmitglied der Landeskammer PP/KJP Hessen, Mitglied des Beratenden Fachausschusses bei der KBV, Frankfurt • **NEUMANN, URSULA**, Dipl.-Psych., Redaktion bvvp-magazin, Delegierte der KV Südbaden und der Landeskammer PP/KJP Baden-Württemberg, Mitglied im QS-Ausschuss der Landespsychotherapeutenkammer, Oberkirch • **NEUMANN, JOHANNES**, Prof. Dr., Begründer des Zentrums für interdisziplinäre Erforschung der Lebenswelten behinderter Menschen, Tübingen, Oberkirch • **RASSHOFFER, EMMERAM**; Patientenvertreter der BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP) und des Gesundheitsladens München, München • **ROSENBRÖCK, ROLF**, Prof. Dr., Leiter des Forschungsbereichs Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin (WZB), Berlin • **SCHULZ, KERSTEN**, Dr. med., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie 2. Vorsitzender des VVP Berlin • **SCHNEIDER-REINSCH, ELISABETH**, Dipl.-Psych., Mitglied des Vorstandes des bvvp, 2. Vorsitzende des VHVP, Mitglied des Vorstandes der Landeskammer PP/KJP Hessen, Abgeordnete der KV Hessen, Delegierte in der KBV-VV, Mitglied des Bundesausschusses Ärzte-Krankenkassen Psychotherapie • **STAHLBUSCH, URSULA**, Dr. med., Fachärztin für PTM, Redaktion bvvp-magazin, Mitglied des erweiterten Vorstandes und des Beirats des BVVP, Prien • **STRÖHLE, HELGA**, Dr. med., Fachärztin für PTM, Mitglied des bvvp-Vorstandes, 1. Vorsitzende RV Nord-Württemberg • **WENDISCH, MARTIN**, Dr. Dipl.-Psych., Leiter der Ambulanz des TAVT (Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie), Mitglied der Landeskammer PP/KJP, Tübingen

## 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](mailto:bvvp@bvvp.de), Homepage: [bvvp.de](http://bvvp.de)

**Verantwortlich für den Gesamthalt im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen:** Volker Dettling, AKJP, Neuer Markt 9–11, 76275 Ettlingen

**Redaktion Bundesvorstand:** Dr. med. Juliana Frfr. von Hodenberg, Bahnhofstr. 78, 44623 Herne, Tel.: 02323-56327, Fax: 02323-916865, E-Mail: [agvp@bvvp.de](mailto:agvp@bvvp.de), Dr. med. Hanna Simon, Birmöhler Str. 7, 24576 Bramstedt, Tel.: 04192-7388, Fax: 04192-85143. E-Mail: [dr.hanna.simon@dri.de](mailto:dr.hanna.simon@dri.de)

**Redaktion Regionalverbände:** Volker Dettling, Neuer Markt 9–11, 76275 Ettlingen, Tel.: 07202-5909, Fax: 07202-941602, E-Mail: [volker.dettling@t-online.de](mailto:volker.dettling@t-online.de)

**Redaktion Schwerpunkt, Rezensionen und Sonstiges:** Dipl.-Psych. Ursula Neumann, Trotbergstraße 13, 77704 Oberkirch-Bottenau, Tel.: 07802-981563, Fax 07802-981565, E-Mail: [ursula-neumann@gmx.de](mailto: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](mailto:ursula.stahlbusch@t-online.de)

**Referat Dienstleistungen im bvvp:** Manfred Falke, Triftstr. 32, 21255 Tostedt, Tel.: 04182-21703, Fax 04182-22927, E-mail: [vpnds@bvvp.de](mailto:vpnds@bvvp.de)

**Verlag:** Copernicus Gesellschaft mbH, Max-Planck-Str. 13, 37191 Katlenburg-Lindau – Projektleitung: Michael Koschorreck

**Satz:** Selignow Verlagsservice Berlin, [www.selignow.de](http://www.selignow.de)

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

**Anzeigen:** Copernicus Systems + Technology GmbH, Potsdamer Str. 81c, 10785 Berlin

**Anzeigenhotline:** 030-6090296-0, Fax: 030-6090296-22 (Herr Selignow)

**Online-Buchungssystem:** [www.bvvp-magazin.de](http://www.bvvp-magazin.de)

Es gilt Anzeigenpreisliste Nr. 4

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Das nächste Heft erscheint am 08.04.04 (Redaktionsschluss: 28.01.04)

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](http://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](http://bvvp-homepage.bvvp.de). Während wir «fürs Grundsätzliche» zuständig sind, finden Sie dort die aktuelle Berichterstattung.



# AUS DEN REGIONALVERBÄNDEN

## BERLIN

Dieser Artikel eröffnet eine in den folgenden Magazinausgaben fortzuführende Serie von Artikeln zur Bildung regionaler und überregionaler Ärzte- und Psychotherapeutenetze, mit der die innerverbandliche Diskussion zu diesem Thema angestoßen werden soll.

Die Artikel geben nicht die Meinung des Gesamtverbands wieder.

## MEDI Berlin – aus Sicht des VVP Berlin

Bei vielen Kolleginnen und Kollegen ist das Interesse an berufspolitischen Themen und Netz-Strukturen gesunken, da mit dem GMC der Bestand der KV zunächst nicht mehr gefährdet ist. Allerdings ist das Gros der ambulanten Behandler nach der bitteren Erkenntnis, wie gering der Einfluss der Selbstverwaltungsorgane, Kammern und Berufsverbände auf die aktuelle Entwicklung und das GMC war, doch erheblich verunsichert.

Der MEDI-Verband profitiert offensichtlich von dieser Konstellation und hat nach eigenen Angaben einen Zulauf wie noch nie. Am 1.11.03 veröffentlichten MEDI und die Ärztenossenschaften eine gemeinsame Resolution zur Definierung gemeinsamer Ziele und Kooperationsmöglichkeiten (Genossenschaftsmesse der Ärztenossenschaft Schleswig-Holstein in Kiel). Die Schaffung eines bundesweiten MEDI-Dachverbands ist im Gange. Erstmals erhielten alle MEDI-Mitglieder im September die «MEDI-Times», eine Zeitung für MEDI-Gesellschafter und Mitglieder. Hier wird über zahlreiche regionale und bundesweite MEDI-Aktivitäten berichtet, daneben gibt es eine Menge Serviceangebote und Werbeanzeigen.

MEDI-Berlin hat inzwischen 12 GbR mit jeweils lokalem Bezug (entsprechend der Stadtbezirke) und insgesamt ca. 1.000 Mitglieder. Unter dem Vorsitz von Dr. W. Mitlehner und mit dem Geschäftsführer der MEDI-GmbH, Dr. Friedrich Kruse werden zunehmend Aktivitäten entwickelt:

- ein Qualitätsmanagement wird erarbeitet mit der Möglichkeit der Zertifizierung zur «MEDI-Qualitätspraxis». Die Zertifizierungstestphase läuft bereits
- die Kooperation mit einigen ausgewählten Berliner Kliniken zur Entwicklung von Projekten der Integrierten Versorgung ist in Vorbereitung, erste Gespräche haben begonnen
- MEDI-Berlin befindet sich in enger Zusammenarbeit mit der KV Berlin, mit genauer Aufgabenteilung und in Absprache mit dem KV-Vorsitzenden, Herrn Richter-Reichhelm
- regelmäßig werden die Mitglieder mit kostengünstigen Angeboten wie Theater- und Konzertkarten, Versicherungsangeboten und anderem per Mail versorgt.

MEDI orientiert sich jetzt offensichtlich an den bereits seit Jahren bestehenden Netzen in Mittel- und Süddeutschland. Das Bemühen um Aktivierung der Mitglieder und Bildung einer eigenen Netz-Identität ist deutlich sichtbar.

Bereits im Juni dieses Jahres war auf Initiative des VVP-Berlin ein Treffen mit Vorstandsmitgliedern weiterer Psychotherapeutenverbände und Herrn Dr. Kraffel, einem führenden MEDI-Vertreter, zustande gekommen. Bei diesem Treffen ging es um eine allgemeine Standortbestimmung, zukünftige Vorhaben, die Positionierung von MEDI zu den Psychotherapeuten und um die Frage, ob ggf. ein Psychotherapeuten-Netz in den MEDI-Verband Berlin aufgenommen würde. Herr Dr. Kraffel hielt dieses vor dem Hintergrund der besonderen Situation der Psychotherapeuten innerhalb der Ärzteschaft durchaus für möglich. Wenig konkret beantwortete Dr. Kraffel allerdings die Frage, wie innerhalb des MEDI-Verbands die doch differierenden Interessen der verschiedenen Fachgruppen ihren Widerhall finden könnten. Er verwies hier allgemein auf die demokratischen Möglichkeiten innerhalb der GbRs sowie bestimmter Fachgremien, die unterstützend eingerichtet würden. Letztlich solle der Solidaritätsgedanke in MEDI dazu führen, dass sich die Fachgruppen in ihren Zielen gegenseitig unterstützen und abstimmen. Offensichtlich ist hier eine genauere Differenzierung auch in MEDI noch nicht vorgenommen worden.

Der VVP-Berlin, der mit 2 Vorstandsmitgliedern in der Ärzteinitiative von MEDI-Berlin vertreten ist (M. Grunert und K. Schulz), wird diese Möglichkeiten nutzen, um weiter Kontakt und aktuelle Informationen über die Entwicklung des MEDI-Verbands zu erhalten. Dieses scheint notwendig, um auch vor dem Hintergrund der eigenen Intention berufsverbandsübergreifend eine psychotherapeutische Netzstruktur zu entwickeln. Ob diese dann auch mit MEDI kooperieren wird, bleibt abzuwarten und ist abhängig von der weiteren Entwicklung des MEDI-Verbands Berlin.

KERSTEN SCHULZ

## BAYERN

## Punktwerte oder Ethik?

*Interview mit Veronika Hillebrand, Sprecherin der Arbeitsgruppe Ethik im BVVP-Bayern*

*Ursula Neumann: Wie kam es, dass sich Ihre Gruppe zusammen gefunden hat?*

*Veronika Hillebrand: Für mich war der Anstoß eine geschädigte Patientin. Ich habe gemerkt, dass sie sich überhaupt nicht mehr weiterhelfen konnte, und diejenigen, die sie um Hilfe gebeten hatte, hatten ihr nicht geglaubt. Der Impuls, wegschauen zu wollen, ist auch bei TherapeutInnen, in KVen etc. verbreitet. Anders als in der üblichen Therapie ist hier aber Parteinahme notwendig. Als Therapeutin einer Nachfolgetherapie kann man sich jedoch nicht gleichzeitig zu sehr als Außenakteur gerieren. Ich habe dann mit unserem BVVP-Vorstand gesprochen, und es hat sich daraufhin 1997 eine Arbeitsgruppe gebildet.*

*U. N.: Wie groß ist die Gruppe im Moment?*

*V. H.: Acht, und eine neue Anwältin ist im Anmarsch ... Wir haben erst mal gesammelt: was machen Berufsverbände, Institute in diesem Bereich? Als wir dann beschlossen haben, für unseren Berufsverband Leitlinien zu erstellen, war das für einige Mitglieder nicht ganz so einfach. Die sagten: wir sind hier ein Berufsverband und kämpfen für Punktwerte, wozu brauchen wir Ethik?*

*U. N.: Das ist die vordergründige Argumentation. Haben Sie einen Verdacht, was dahinter stand?*

## Ethik-Leitlinien für den BVVP-Bayern e.V.

Als Psychotherapeut oder Psychotherapeutin und Mitglied des BVVP-Bayern e.V. achte ich die Würde und Integrität des Patienten.

Ich verpflichte mich, folgende Grundsätze einzuhalten:

### 1) Aufklärungspflicht

Zu Beginn der Behandlung und jederzeit während der Behandlung kläre ich meine Patienten über Inhalt, Form, Dauer, Ziel und Kosten der Therapie auf.

### 2) Machtgefälle

Ich bin mir bewusst, dass in jeder psychotherapeutischen Behandlung oder Ausbildung (Selbsterfahrung, Supervision, Weiterbildung mit Selbsterfahrungscharakter) ein Machtgefälle besteht. Ich werde dieses Machtgefälle nicht missbrauchen.

### 3) Verantwortung

a) Mir ist bewusst, dass intensive Fortbildung und Supervision wichtiger Bestandteil qualifizierter Psychotherapie sind.

b) Die Verantwortung für jede Form von Machtmissbrauch und/oder Grenzüberschreitung in einer psychotherapeutischen Behandlung oder Ausbildung liegt ausschließlich bei mir.

### 4) Abstinenzregeln

a) In einer psychotherapeutischen Behandlung oder Ausbildung gehe ich mit den mir anvertrauten Personen keine privaten, beruflichen oder ökonomischen Abhängigkeitsverhältnisse ein.

b) In einer psychotherapeutischen Behandlung oder Ausbildung unterlasse ich narzisstischen Missbrauch, Manipulation, politische, weltanschauliche und religiöse Indoktrination.

c) In einer psychotherapeutischen Behandlung oder Ausbildung gehe ich keine sexuelle Beziehungen mit meinen Patienten, Ausbildungskandidaten und Supervisanden ein. Ich beende eine psychotherapeutische Behandlung oder Ausbildung nicht, um eine solche Beziehung einzugehen.

### 5) Karenzzeit

Die Verpflichtung zur Abstinenz gilt für einen Zeitraum von zwei Jahren nach Ende der psychotherapeutischen Behandlung oder Ausbildung. Auch nach Ablauf von zwei Jahren ist es ratsam, dass Therapeut und Patient vor Aufnahme einer sexuellen Beziehung eine unabhängige, qualifizierte Supervision in Anspruch nehmen.

Verabschiedet von der Mitgliederversammlung am 13.7.2001.

Entwurf: Ass. Jur. B. Daiber, Dr. med. C. Geppert, Dr. med. V. Hillebrand, Dr. jur. Dr. med. H.-J. Kramer, Dr. med. J. Muttenhammer, Dr. med. E. Pouget-Pause, Dr. med. H. Reploh, Dr. med. H. P. Röschmann, Dr. med. M. Venhofen

#### § 174c StGB

Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses

(1) Wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm wegen einer geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung einschließlich einer Suchtkrankheit zur Beratung, Behandlung oder Betreuung anvertraut ist, unter Missbrauch des Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm zur psychotherapeutischen Behandlung anvertraut ist, unter Missbrauch des Behandlungsverhältnisses vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt.

(3) Der Versuch ist strafbar.

V. H.: Dass es unbequem werden könnte, in diesem Berufsverband Mitglied zu sein, weil da vielleicht von Patientenrechten gesprochen wird, von Verpflichtungen, die man als Therapeut hat. Wir haben dann einigen Wind von vorne bekommen. Wobei ich mich frage, was ist denn da so schwierig an so einfachen Regeln? 2001 sind die Leitlinien verabschiedet worden. Aber: sie sind nicht Teil der Satzung. Das hätten wir nicht durchgebracht.

U. N.: Die Berufshaftpflicht für PsychotherapeutInnen ist notorisch niedrig. Lässt das nicht den Schluss zu, dass bei uns PatientInnen kaum zu Schaden kommen?

V. H.: Die Zahl der bekannt gewordenen Schadensfälle beläuft sich jährlich auf 400. Dabei wissen wir nicht, wie viele geschädigte PatientInnen einfach aufgeben.

U. N.: Wir sprechen jetzt implizit von Schädigung durch sexuellen Missbrauch in der Therapie. Aber es gibt ja noch andere Möglichkeiten.

V. H.: Ja, z. B. Abrechnungsbetrug, dass mehr Stunden abgerechnet als gehalten werden, dass Abhängigkeitsverhältnisse ökonomisch ausgenutzt werden, beispielsweise wenn ich eine Patientin noch als Haushaltshilfe nähme.

U. N.: Die Stellung als TherapeutIn hat auch mit Macht zu tun, da ist doch auch Missbrauch möglich?

V. H.: Wenn Sie von Macht sprechen: Erschreckend hoch ist die Zahl der Missbrauchsfälle in der psychotherapeutischen Ausbildung und Supervision. In diesen Fällen haben die missbrauchenden Therapeuten meist eine leitende Funktion in Ausbildungsinstituten, Verbänden, Ärztekammern usw. und erstellen selbst in ähnlich gelagerten Fällen Gutachten für straf- oder zivilrechtlichen Verfahren.

U. N.: Das ist vielleicht auch ein Grund zu sagen, Kammern, KVen und staatliche Gerichte reichen nicht als Anlaufstelle für geschädigte PatientInnen.

V. H.: Ich glaube, dass auf Seiten der Institutionen Sensibilität und Sachverstand im Hinblick auf sämtliche Arten von Missbrauchstatbeständen bis jetzt nur rudimentär vorhanden sind, und – ob man es gut oder schlecht findet – Ärztekammern und die KVen verstehen sich in erster Linie als Vertretung ihrer Mitglieder und nicht als Patientenvertretung. Was die Gerichte betrifft, so hat sich 1998 durch die Verabschiedung des Paragraphen 174c etwas geändert, das hat auch einen Abschreckungseffekt. Früher konnte man noch verhandeln, jetzt ist es ganz klar: Gefängnis, Geldstrafe, und die Kammern



v.l.: H.-J. Kramer, V. Hillebrand, E. Pouget-Pause, Ch. Geppert, M. Venhofen

würden bei einer Verurteilung auch die Zulassung entziehen.

U. N.: Nehmen wir an, mir wäre durch meine Psychotherapie Schaden zugefügt worden – wie würde Ihre Gruppe mir helfen?

V. H.: Wir wollen eine erste Orientierung geben. Wenn klar ist, was geschehen ist, suchen wir ein sinnvolles, abgestimmtes Prozedere, dem er oder sie sich anschließen kann. Manchmal reicht die Beratung bei uns, und die Angelegenheit hat sich geklärt. Wenn der Fall schwerwiegender ist, ist Nachfolgetherapie eigentlich immer das erste, und erst danach kommt die Frage, welche Beschwerde sinnvoll ist oder ob das nicht – wenigstens im Moment – zu sehr belastet. Wir bleiben im Hintergrund, begleiten, wenn irgendwas schwierig ist.

U. N.: Wenn der Tatbestand des Missbrauchs gerichtlich feststeht, muss der Therapeut die Nachfolgetherapie bezahlen. Aber wie ist das in offenen Fällen, wenn das Kontingent verbraucht ist, und der Mensch braucht trotzdem eine Therapie?

V. H.: Bis zu einer gerichtlichen Klärung sind in der Regel Jahre vergangen, darauf können die Geschädigten nicht warten. Das ist sehr schwierig. Manchmal machen die Kassen eine Ausnahmeregelung, verpflichtet sind sie dazu nicht.

U. N.: Haben Sie schon mal den Vorwurf gekriegt, Sie beschmutzten das eigene Nest?

V. H.: Ja, sehr häufig.

U. N.: Sehr häufig?

V. H.: Ja. Es wird argumentiert, da würde ein Über-Ich groß geschrieben, und je höher man das Über-Ich hänge, umso weniger könne man es durchhalten.

U. N.: Man kann auch sehr bescheidene Ansprüche ans Über-Ich haben. Was sagen die, die Sie als Nestbeschmutzerin deklarieren?

V. H.: Sie bezweifeln, ob die Zahlen, ob

die Schilderungen stimmen, ob die Patienten und Patientinnen nicht selbst schuld seien, und wie das nach außen wirken würde ...

U. N.: Was sagen Sie dazu?

V. H.: Ich habe mir abgewöhnt, mich zu verteidigen. Zu viel Verteidigung strengt irrsinnig an und bringt gar nichts. Ich glaube eher, dass sich was verändert, wenn sich herumspricht, dass wir ordentliche Arbeit machen.

U. N.: Was wünschen Sie sich von den LeserInnen?

V. H.: Als allererstes, dass sie drüber diskutieren, dass der Beratungsgedanke weiter verbreitet wird. Als zweites: wenn alle LeserInnen fünf Euro auf unser Spendenkonto überweisen würden, dann wären wir wieder ein Stück weiter. Und insgesamt wünsche ich mir, dass die Arbeit von mehr Leuten geschultert würde.

U. N.: Herzlichen Dank für das Gespräch

**Spendenkonto:  
Bamberger Bank  
Kto. 301 530640  
BLZ 770601 00**

## NORDWÜRTEMBERG

### Aktiv!

Unser Mitglied Bernd Jürgen Wildner hat kurz vor Verabschiedung des GMG eine beachtenswerte Aktion gestartet: Er schrieb an sämtliche Bundestagsabgeordnete einen Brief, in dem er sich für realistische Plausibilitätsgrenzen und eine obligatorische Patientenquittung zur Reduzierung von Abrechnungsbetrug aussprach.

Wenn diese Aktion auch keine unmittelbaren Folgen für die Ausgestaltung des GMG hatte, fand sie doch einige Resonanz: Mehr als ein Dutzend Antworten kamen, ein weites Spektrum, von Selbstdarstellung über polemisch Gefärbtes bis hin zu sehr differenzierten Stellungnahmen. Besonders der Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung, Herr Klaus Kirschner, ging umfassend auf die mit dem GMG gegebenen neuen Möglichkeiten zur Einschränkung von Abrechnungsbetrug ein, lobte auch Transparency International, deren Studie zur Korruption im Gesundheitswesen und die Verleihung des Integrity Award an Peter Schönhöfer (siehe Heft 4/03), den er sehr schätzte. Auch wenn er keine konkreten Aussagen zu den beiden von Herrn Wildner angeregten Punkten machte, Herr Kirschner könnte weiterhin Gesprächspartner für uns sein.

Herrn Wildners Aktion könnte andere zu Ähnlichem anregen. Er will im Übrigen auf alle Briefe antworten und die Sache weiter verfolgen. Vielen Dank!

URSULA STAHLBUSCH



# DAS FINDEN WIR GUT

Psychotherapeuten reden nicht nur über Menschenrechtsbelange, manche setzen sich auch mit Erfolg dafür ein:

Im Folgenden finden Sie die Stellungnahme aller wichtigen psychotherapeutischen Fachgesellschaften für einen humanen Umgang mit Flüchtlingen:

## Verdienstkreuz am Bande für Dr. Waltraut Wirtgen, München



Waltraut Wirtgen

Am 2. Oktober wurde unserer Kollegin Frau Dr. med. Waltraut Wirtgen von der bayerischen Sozialministerin Frau Christa Stewens das Verdienstkreuz am Bande der Bundesrepublik Deutschland überreicht, das ihr Bundespräsidenten Rau «in Anerkennung der um Volk und Staat erworbenen besonderen Verdienste» verliehen hat.

Aus der Laudatio: *«Sie engagieren sich seit langer Zeit mit hohem persönlichen Einsatz für Menschenrechtsbelange und haben sich hierbei große Verdienste erworben. Seit vielen Jahren setzen Sie sich neben Ihrer beruflichen Tätigkeit für Opfer von Krieg und Gewalt ein. Dabei wird Ihre außerordentliche Wahrnehmungsfähigkeit von Not, Unrecht, Unterdrückung und Leid durch Ihre Fachkenntnisse in der Psychotherapie und Psychoanalyse idealtypisch ergänzt.»*

### STELLUNGNAHME DER WISSENSCHAFTLICHEN FACHGESELLSCHAFTEN ZUR UNTERSUCHUNG VON FLÜCHTLINGEN VOR ABSCHIEBUNGEN

Wir nehmen Bezug auf die Beschlüsse der Innenministerkonferenz, Kriterien für eine auf die Flugreisefähigkeit eingeschränkte Begutachtung von Flüchtlingen mit psychoreaktiven Traumafolgen einzuführen, und auf die zur Umsetzung dieses Ziels erlassenen Bestimmungen in den Bundesländern.

Als wissenschaftliche Fachgesellschaften und Fachkliniken nehmen wir hierzu Stellung, um zu verhindern, dass im Rahmen der Umsetzung der Beschlüsse wissenschaftliche Erkenntnisse über die Folgen psychischer Traumatisierung unzureichend interpretiert und angewandt werden.

Für Menschen, die aufgrund von Gewalterfahrungen in ihren Herkunftsländern unter einer psychoreaktiven Traumastörung, sei es PTSD oder einer der komorbiden Störungen, leiden, bedeutet die Androhung der gewaltsamen Rückführung an den Ort ihrer traumatisierenden Erfahrungen eine Reaktualisierung ihres Leidens, die schwerwiegende Auswirkungen auf den Verlauf ihrer Störung hat.

Die Situation ist vergleichbar mit der eines Kindes, das nach der Flucht vor einem gewalttätigen/missbrauchenden Vater von der Polizei in bester Absicht nach Hause zurückgebracht wird, weil dort angeblich jetzt Ruhe herrsche. Unwillkürlich werden die Gewalterfahrungen wieder erinnert und führen vollkommen unabhängig von der objektiven Sicherheitslage vor Ort zu einer umfassenden psychischen Destabilisierung. Diese Psychodynamik, die zu plötzlichen suizidalen Handlungen führen kann, ist aus einer sachlichen, distanzierten Sicht nicht leicht nachvollziehbar, aber wissenschaftlich hinreichend empirisch und physiologisch belegt (s. z. B. B. van der Kolk et al 2000, «Traumatic Stress», Jungfermann-Paderborn, u. a. S. 192).

Hierbei handelt es sich nicht um eine (ggf. vorübergehende) «Flugreiseuntauglichkeit», also eine durch den Flug selbst ausgelöste Gesundheitsgefahr, der durch zeitlich begrenzte (medikamentöse) Maßnahmen abgeholfen werden kann und die nach der Ankunft beendet ist, sondern um eine Retraumatisierung durch die vorweggenommene Ankunft.

Die zwangsweise Rückführung selbst verstärkt den Traumatisierungsprozess weiter. Seine Behandlungsmöglichkeit im Herkunftsland wird durch eine möglicherweise vorhandene medizinische Infrastruktur nur unwesentlich beeinflusst. In räumlichem Kontakt mit den Orten der Gewalterfahrungen, ist nicht damit zu rechnen, dass bei den Betroffenen ein Gefühl innerpsychischer Sicherheit entsteht, das für einen Behandlungserfolg notwendig ist. Insofern verbessern im Herkunftsland bestehende Behandlungsmöglichkeiten die Prognose nur gering. Wichtig ist vielmehr, einen sicheren Lebensraum zu ermöglichen.

Wir halten es für wichtig, auf diese Gesetzmäßigkeiten des traumatischen Prozesses hinzuweisen und zu fordern, dass

- für die Begutachtung zur Klärung, ob entsprechende Störungsbilder vorliegen, nur entsprechend qualifizierte Psychiater/Psychotherapeuten eingesetzt werden, die in ihrer Urteilsbildung unabhängig sind, und ärztlicher Fachaufsicht unterstehen (z. B. im Gesundheitsamt)
- bei der Entscheidung über eine Abschiebung fachliche Kriterien berücksichtigt werden
- die Fragestellung ergebnisoffen formuliert wird (z. B.: «Liegt aus klinischer Sicht eine ernsthafte Gefährdung der psychischen Gesundheit im Falle einer unfreiwilligen Rückkehr vor?»)

Initiative: Dr. Gierlichs, Arbeitsgruppe SBPM, Hahner Str. 29, 52076 Aachen, 02408 5585, hwgierlichs@t-online.de, März/April 2003



Weiter werden Ihre Arbeit bei REFUGIO, dem Münchner Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer, sowie Ihr Einsatz für angemessene gesundheitliche Versorgung und für die Anerkennung von Traumatisierung durch Folter als «Abschiebehinderung» gewürdigt».

Frau Wirtgen betonte bei der Verleihung, sie nehme die Auszeichnung stellvertretend an für alle, die sich für Gesundheitsversorgung, Schutz und Menschenrechte von Flüchtlingen einsetzen. Dir, liebe Waltraut, herzlichen Glückwunsch!

«Die Nazizeit hat mich geprägt, indem ich frühzeitig protestierte, wobei ich zu den Gründen mir erst viel später Gedanken machen konnte», sagt Waltraut Wirtgen. Weil sie in der ehemaligen DDR nicht studieren konnte, verließ sie ihr Zuhause und studierte Medizin an der FU Berlin. «Nach Jahren als Allgemeinärztin in eigener Praxis arbeitete ich bis vor 2 Jahren als niedergelassene Psychotherapeutin. Meine Vergangenheit hat mich dann wohl doch eingeholt: Seit über 9 Jahren bin ich freie Mitarbeiterin in REFUGIO (s. o.), das ich auch mit aufgebaut habe. Meine langjährige Arbeit bei amnesty international und bei IPPNW (Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges, Ärzte in sozialer Verantwortung) haben mir dazu einen wichtigen Anstoß gegeben. Bei Diagnostik, Begutachtung und Betreuung traumatisierter Flüchtlinge und Folterüberlebender suche ich nach neuen therapeutischen Wegen für den schwierigen Zugang zu diesen Menschen. Mit dem REFUGIO-Team und anderen engagierten Kollegen sowie in Vorträgen und in Fachzeitschriften versuche ich, die Öffentlichkeit und v. a. Fachkreise, Politiker und Behörden über die Thematik traumatisierter Flüchtlinge zu informieren und sie für diese Thematik zu sensibilisieren. Daraus entstanden u. a. die Dokumentation der Fachtagung «Trauma – Wahrnehmen des Unsagbaren», Psychopathologie und Handlungsbedarf (siehe S. 34). Bei der Erarbeitung der «Richtlinien für die medizinische und psychologische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern», 2001, 3. Auflage, BAFF, Deutscher Psychologen-Verlag, sowie den «Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren» war ich beteiligt. Letztere sind Grundlage meiner Fortbildungen zum Thema Untersuchung und Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge und Folterüberlebender bei Bundesärztekammer und regionalen Kammern».

### Hintergrund:

Die restriktiven Asyl- und Ausländergesetze in der BRD richten sich vorrangig nach formalen Kriterien wie Fluchtweg, Drittstaatenregelung, angeblich sicheres Herkunftsland. Das ist nicht hinnehmbar. Es fordert von uns allen dringend Interventionen wie die von Frau Wirtgen und ihren KollegInnen, damit die Menschenrechte nicht nur für uns, sondern auch für die bei uns Asyl suchenden Menschen gelten. Die Verletzung ihrer Grundrechte hat diese Menschen zur Flucht zu uns gezwungen, ihre Lebensbedingungen hier, insbesondere die mit der gesetzlichen Handhabung oft zwangsläufig gegebene Fortsetzung des traumatisierenden Prozesses während des Asylverfahrens und bei der zwangsweisen Abschiebung kommen vielfach Menschenrechtsverletzungen gleich:

Kennzeichnend für jede schwere Traumatisierung sind die inzwischen neurobiologisch nachweisbare «Sprachlosigkeit» für das Trauma sowie die unbewusste Vermeidung jeglicher Stimuli mit Bezug zum Trauma (die beiden wichtigsten Symptome der PTBS). Dies macht es den Flüchtlingen/Asylbewerbern unmöglich, wie von ihnen gefordert, kurz nach ihrer oft ebenfalls trau-

matisierenden Flucht detailliert und widerspruchsfrei ihr Verfolgungsschicksal vorzubringen. Fehlende Aussagen werden dann als «unbegründet» oder «un glaubwürdig» gewertet und führen zu Ablehnung des Asylantrages und zur Abschiebung.

Die meisten Flüchtlinge bleiben während des oft jahrelangen Asylverfahrens ohne adäquate psychosoziale Betreuung und ohne oft dringliche psychologische und medizinische Behandlung (vgl. u. a. Asylbewerberleistungsgesetz). Sogar notwendige Operationen werden nur bei Lebensgefahr durchgeführt. Nach rechtskräftig abgeschlossenem Asylverfahren ist zur Abschiebung eine ärztliche Untersuchung vorgesehen. Dabei geht es jedoch ausschließlich um Feststellung der «Flugreisetauglichkeit», bei Suizidalität soll der Arzt zu Maßnahmen Stellung nehmen, die die Abschiebung trotzdem möglich machen (ärztl. Begleitung, Sedierung).

Schon die drohende Abschiebung bedeutet Retraumatisierung und Todesangst. Viele haben den Suizid einer zwangsweisen Abschiebung vorgezogen.

Menschenrechte in Deutschland? Wir als Fachleute sollten uns einmischen!

URSULA STAHLBUSCH

## Für Gleichberechtigung und Selbstverantwortung des Patienten

Das Gesundheitssystem ist und bleibt in aller Munde. Dieses Buch ist keine Schelte für die eine oder andere Seite, sondern fordert konstruktiv auf, als Patient eine Mündigkeit zu entwickeln, die von einer passiven zu einer aktiven Rolle in seiner eigenen medizinischen Behandlung führt - und damit auch letztendlich zum Heilungsprozess beiträgt.

Ulrich Kunath behandelt Themen wie: Das Arzt-Patienten-Verhältnis / Was sollten Sie über die Berufsausbildung zum Arzt wissen / Was geht Sie die Krankenkasse an? / Als Patient in der Arztpraxis / Mehr Sicherheit durch eine zweite Meinung? / Als Patient im Krankenhaus / Über die Arbeitszeit und die Arbeitszufriedenheit im Krankenhaus ...  
und viele weitere Themen



### Ulrich Kunath Der kundige Patient

Wie bekomme ich die optimale Behandlung?

2003. 168 Seiten, kartoniert  
€ 14,90 D  
ISBN 3-525-46198-4

**V&R**  
Vandenhoeck  
& Ruprecht

<http://www.v-r.de>



## FÜR UNS GELESEN

Drei Bücher über Trauma passend zum Schwerpunkt und so verschieden, wie sie nur sein können:

**HUBER, MICHAELA:**

### Trauma und die Folgen – Trauma und Traumabehandlung, Teil 1

Ein wichtiges Buch für alle, die sich mit Menschen beschäftigen, die unter den Folgen von Traumatisierung leiden, aber auch für die Betroffenen selbst.

Der Schwerpunkt des Buches beschäftigt sich mit den Folgen von Langzeittraumatisierungen, die in der Kindheit begonnen und meist körperliche, emotionale und sexuelle Gewalt beinhalten. Aber auch einmalig erlebte Traumata können unauslöschliche Spuren in einem Menschen hinterlassen, die nicht immer verarbeitet werden können.

Im vorliegenden Teil 1 legt Michaela Huber ihr besonderes Augenmerk auf die Diagnostik der Post-Traumatic-Stress-Disorder (PTSD). Hierzu gehört u. a. auch das Erkennen von Dissoziationen. In gut verständlicher Sprache, mit Achtung gegenüber den Betroffenen schreibt Michaela Huber über dieses schwierige Thema.

Trotz der harten Kost, die dieses Buch beinhaltet, habe ich es mit Begeisterung gelesen.

Michaela Huber ist eine Pionierin auf dem Gebiet der Traumaforschung und -Therapie (Luise Reddemann). Wir dürfen uns freuen auf Band 2, der sich vor allem mit Traumabehandlung befassen wird (voraussichtliches Erscheinen Dez. 03).

HELGA STRÖHLE

MICHAELA HUBER (2003): *Trauma und die Folgen, Teil 1, Jungfermann-Verlag*, ISBN 3-87387-510-1, 22,50 €

**WIRTGEN, WALTRAUD (Hg.):**

### Trauma – Wahrnehmen des Unsagbaren – Psychopathologie und Handlungsbedarf

Der Titel «Wahrnehmen des Unsagbaren» – auch ein Credo für Therapeuten? Der Inhalt des Buchs wirft ein grelles Licht und harte Schatten auf unser Sein und Tun, auf unsere Verantwortung als Menschen und Therapeuten in unserer scheinbar so geordneten Welt.

Die Dokumentation einer Fachtagung von REFUGIO, einer Organisation, die sich seit mehr als zehn Jahren um Flüchtlinge und Folteropfer kümmert, ist die Essenz der Arbeit von Referenten aus aller Welt mit ihren Schützlingen und mit sich selbst in Grenzbereichen menschlicher Existenz. Extremes wird verstehbar und nutzbar, nicht nur für die Therapie. Jeder wird dieses kleine Buch mit Gewinn lesen.

Eine «verrückte Praxis» nennt es einer der Autoren, von gefolterten Flüchtlingen im Asylverfahren eine kohärente Schilderung zu erwarten, wie sie gefoltert wurden. Trauma-Erfahrungen sind nicht zugänglich, «sie bleiben im Nirgendwo»; selbst wenn die Fakten oft erinnert würden, sei der Bedeutungszusammenhang nicht (mehr) wahrnehmbar, das Wissen um die Beeinflussbarkeit des eigenen Lebens sei zerstört. Folter sei ein zentraler Angriff auf Menschenwürde und auf Menschsein an sich.

Transgenerationell weitergegebene Traumatisierung, Schwierigkeiten der Helfer und die Gefahr gemeinsamer Tabuisierung, komplexe wechselseitige Verstrickung, die sich mit der uns geläufigen Begriffswelt von Übertragung und Gegenübertragung nicht mehr fassen lassen, kommen zur Sprache. Sequentielle Traumatisierung über einen langen Zeitraum (Folter und Haft im Heimatland, Flucht, Aufenthalt im Asylland, Rückkehr) sei nicht wie ein Armbruch, sondern ein Prozess, «wo der Knochen endlos bricht».

Trauma lasse sich nicht unabhängig vom sozialen Kontext verstehen. Human made Disaster führt nicht wie Naturkatastrophen zu Solidarisierung innerhalb des Sozialkörpers, sondern löst diesen auf. Eine Erklärung für unser Nichtwahrnehmen solchen Unrechts? Wenn das Schweigen anhält, geht das Unrecht weiter. Ein Zitat: *Wir müssen die Strategie des Schweigens beenden und die Ethik des Konflikts verteidigen.*

URSULA STAHLBUSCH

WALTRAUD WIRTGEN, Hg. (2000, 2. Aufl.): *Trauma – Wahrnehmen des Unsagbaren. Psychopathologie und Handlungsbedarf*, Asanger-Verlag, ISBN 3-89-334336-9, 15 €

**BUTOLLO, W.; HAGL, M.:**

### Trauma, Selbst und Therapie, Konzepte und Kontroversen in der Psychotraumatologie

Viel Raum für wenig hilfreiche Studienergebnisse, zu Differenzierung von Komorbidität, diagnostischer Spreizung von pathologischer Trauer und zur Bedeutung des Bindungsstils. Echt ärgerlich und gefährlich aber ist Kap. 4: Behandlung:

– «Behandlungsmanuale halten wir durchaus für hilfreich, sämtliche Effektivitätsstudien beruhen auf solchen manualisierten Therapien mit geringer Stundenzahl, ... es handelt sich in der Regel um eine recht ausgelesene Population, ... schwierige, chronifizierte Fälle mit hoher Komorbidität und extremer Symptomatik (z. B. Suizidalität und Sucht) wurden in der Regel ausgeschlossen, ... überspitzt formuliert ... Idealthherapie für Idealfälle ... Diese Forschung hat jedoch in jedem Fall ihre Berechtigung, denn so lassen sich die Ergebnisse der einzelnen Therapiemethoden besser vergleichen und deren Effektivität überhaupt unter einigermaßen kontrollierten Bedingungen evaluieren».

Studien nur für «einfache» monosymptomatische Fälle, damit Vergleichbarkeit gegeben ist? Und die schweren Fälle? Sie bleiben den Niedergelassenen – unbeforscht. Das Schlimme daran: Aussagen solcher Forschung bestimmen die Ausgestaltung künftiger Therapie, z. B. GKV-genehmigbare Stundenkontingente (siehe TK-Modell u. ä.). Wer dann nicht reinpasst in das Prokrustesbett der Manuale und Kurztherapien und keinen dummen Gutmenschen als Therapeuten findet, obliegt schlicht einer Triage! Solche Forschung ist gefährlich. Sie verletzt Grundrechte schwer traumatisierter Menschen.

Es geht noch weiter: Unter «Komorbidität getrennt oder gemeinsam behandeln?» heißt es:

– «Solche multiplen Symptomatiken können der Grund dafür sein, dass manche Patienten nicht von eigentlich als effektiv beurteilten Traumatherapien profitieren». Ach! Was ist denn hier Henne und Ei? Sollen sich Patienten etwa den Methoden anpassen?  
– Eine Studie weise daraufhin, dass «bei ei-

[www.bvvp.de](http://www.bvvp.de)

ner Gruppe erkrankter Veteranen in einem ambitionierten stationären Behandlungsprojekt das Vorliegen einer komplexen PTB ein Indikator für mangelnden Therapieerfolg war. Möglicherweise waren diese Patienten von dem Programm überfordert». Hier wird es unmenschlich.

- «Zahlreiche Veröffentlichungen zu sexuellem Missbrauch in der Kindheit stehen oft mit ... erfahrungsorientierten Psychotherapien in engem Zusammenhang ... Obwohl seit Jahren angewendet, wurden diese Therapien selten in ausreichender Form evaluiert». Damit zählen sie offenbar nicht.

Und der Schluss aus all dem:

- «Zusammen mit den Erkenntnissen aus den Wirksamkeitsstudien zur Behandlung der PTB mit eher einfachen Symptomkonstellationen steht damit ausreichend Erfahrung zur Verfügung, umfassende integrative Behandlungspakete zu schnüren, die den besonderen Bedürfnissen von Patienten mit komplexen Störungsbildern und multiplen Diagnosen gerecht werden». NEIN!!! Vom einfachen auf das Komplexe schließen? Ist das Wissenschaft? Es bedeutet Retraumatisierung für falsch behandelte schwerkranke Patienten!

Auf die sehr hohen Abbruchraten wird zwar hingewiesen, auch auf die Gefahr von Retraumatisierung, v. a. durch unsensible Exposition, und darauf, dass die meisten Studien Art und Ausmaß der Verschlechterung nicht beziffern, wie kann man dann aber so einen Schluss ziehen, schon gar, wenn man anderen Ansätzen harte Belege abverlangt? So habe EMDR als potentiell schonendere Methode «schnelle Akzeptanz erfahren, bevor die Wirksamkeit ausreichend als gesichert galt» (Warum wohl?); auch die Arbeit von Reddemann und Sachsse hätte großen Anklang gefunden, obwohl «empirische Belege zur Wirksamkeit noch spärlich» seien und man ohne Kontrollgruppe gearbeitet habe. Es gebe folglich «praktisch keine Ergebnisse bei komplexer PTB», dagegen belege eine Studie, dass die Diagnose einer komplexen PTB ein Prädiktor für geringeren Therapieerfolg sei: Wer hätte das gedacht!

Veröhnlich stimmt das letzte Kapitel zum eigenen Konzept der Gruppe: Ausgehend von Martin Bubers «Ich und Du» wird mit dem Blick auf Reintegration des durch das Trauma fragmentierten Selbsts durch Wiederherstellen v. a. der inneren Dialogfähigkeit ein brauchbares Phasenmodell beschrieben, das auch gestalttherapeutische Momente einsetzt (dialogische Exposition).

Es fehlt allerdings auch hier ein Hinweis auf die notwendige Dauer einer solchen Therapie bei komplexem Trauma; das Behandlungsbeispiel betrifft denn auch ein singuläres Akuttrauma.

Ein Buch ohne klare Gestalt mit implizit – gewollt oder nicht – sehr gefährlicher Tendenz. Für niedergelassene Therapeuten, zuständig für die nicht studieneigneten komplex Traumatisierten: Es ist höchste Zeit für Therapiestudien im ambulanten Bereich, selbst wenn das bei komplexen Krankheitsbildern nur Einzelfallstudien sein können! Forschung um der Forschung willen darf nicht länger alles verfügbare Geld aufsaugen.

URSULA STAHLBUSCH

BUTOLLO, WILLI; HAGL, MARIA: *Trauma, Selbst und Therapie*, Huber, Bern, 2003, ISBN 3-456-84037-3, 26,95 €

### **KURBJUWEIT, DIRK: Unser effizientes Leben – Die Diktatur der Ökonomie und ihre Folgen**

Was bedeutet es und welche gesellschaftlichen und ökonomischen, vor allem jedoch welche psychischen Folgen hat es auch für das Individuum, wenn immer mehr Bereiche der Gesellschaft nach ökonomischen Gesichtspunkten gestaltet? Wie im politischen Bereich unter der vorsätzlich geschürten Terroristenhysterie unsere Demokratie entdemokratisiert wird, so wird im gesellschaftlichen Raum unser gesamtes Leben kontinuierlich «monetarisiert», werden wir «expropriert», nämlich anderen Grundsätzen als unseren eigenen unterworfen.

In gekonnter Sprache zeigt der Verfasser – er war Autor bei «Die Zeit» und «Der Spiegel», wie die Beratungsfirmen konsequent eine «Diktatur der Effizienz» errichten. Für den Autor ist «McKinsey» zur Metapher für die totale Ökonomisierung der Gesellschaft geworden. Dank Mc Kinsey ist der Manager unangefochtenes Rollenmodell unserer Zeit. Fast jeder will und soll wie ein Manager handeln, Politiker, Wissenschaftler, Ärzte, Pfarrer.

Der Autor, gelernter Volkswirt, übt nicht Fundamentalopposition gegen «den» Kapitalismus. Er gibt einerseits zu, dass es in der Marktwirtschaft eine Position der Unschuld nicht gibt, fragt aber zugleich, ob es sie denn in anderen Systemen gäbe.

In seinen vielen Recherchen begegnete dem Verfasser das Wort «effizient» am häu-

figsten, egal in welchem Kontext. Zweifellos ist Effizienz gut: Es kann sinnvoll sein, seine Ziele mit dem geringstmöglichen Einsatz zu erreichen. Gleichwohl dürfte eine Welt, die nur dem Primat der Effizienz gehorcht, keine besonders gute, lebenswerte Welt sein. Das Paradox ist, dass es einerseits richtig ist, effizient zu handeln, dass aber insgesamt etwas Falsches herauskommt, wenn überall und von jedem «effizient» im Sinne Mc Kinseys gehandelt wird.

In den zehn Kapiteln fehlt zwar eine Analyse des Gesundheitssystems, doch die Beschreibung der McKinsey'schen Biologie am «Hochleistungsmenschen» ist entlarvend genug. Der Naturwissenschaftler muss ehrgeizig, innovativ, effizient, leistungsstark, ein Athlet des Geistes sein, der sich vom Forscher in einen forschenden Manager verwandelt, das Universitätslabor gegen Unternehmen tauscht. Über die biologische Zukunft des Menschen wird nach den Maßstäben von McKinsey entschieden.

Die Kernfrage des Autors: Welches Menschenbild haben wir? Wir leben mit einem Bild im Kopf, das aus Hollywood kommt, wenn es um Schönheit geht, und mit einem Bild, das von McKinsey kommt, wenn es um Leistungsfähigkeit geht.

In diesem Kontext kann es nicht ausbleiben, dass auch die Gesundheitsreform angesprochen wird: Die Bevölkerung wird immer älter und damit behandlungsbedürftiger, die Pharma- und Geräteindustrie entwickeln immer bessere, teurere Produkte, also steigen die Kosten. Hohe Lohnkosten aber werden beim internationalen Wettbewerb zum Standortnachteil. So konnte auch ein ärztlicher Direktor McKinsey nur attestieren, dass diesen Beratern «jegliche Sensibilität für ärztliche und pflegerische Belange» fehle. Rechnet man nach dem sog. Humankapitalansatz, bei dem ein Mensch so viel Wert ist, wie er künftig erwirtschaftet, so liegt dieser bei Kindern bei 1,3 Millionen €, bei Rentnern bei null.

Auf dieser Folie mutet es grotesk an, dass sich nicht nur Institutionen der Kunst, sondern auch Kirchen, Krankenkassen und KVen «beraten» lassen.

Der Ökonomismus ist überall auf dem Vormarsch. Aber er hat noch keinen totalen Sieg errungen. Widerstand aber müsste bei jedem selbst beginnen.

JOHANNES NEUMANN

KURBJUWEIT, DIRK (2003): *Unser effizientes Leben*, Rowohlt/S. Fischer, Hamburg, 2. Aufl., ISBN 3-498-03510-X, 17,90 €





**BLECH, JÖRG:  
Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden**

Während die ausufernden Kosten das Gesundheitssystem überfordern, laufen die Geschäfte der Pharmaindustrie glänzend, die Gewinne der Top Ten der Branche steigerten sich im letzten Jahr um 13 Prozent. Für Marketing, vulgo Werbung, gibt diese Branche mehr Geld aus als für die Forschung. Ein Drittel der Erlöse und ein Drittel des Personals – so zeigt der Autor – werden dafür eingesetzt. Zweckdienlich erweist sich dabei, Krankheiten aufzubauschen, normale – wenn auch vielleicht weniger angenehme – Entwicklungen und Verhaltensweisen systematisch als krankhaft umzudeuten. Neueste Zielgruppe sind die Männer: sie werden jetzt von einer heimtückischen Krankheit heimgesucht, dem «Aging Male Syndrome», der Menopause des Mannes. Ursache ist das «schleichende» Nachlassen der männlichen Hormonproduktion, an und für sich ein natürlicher Alterungsprozess. Zwei deutsche Pharmafirmen sind fast gleichzeitig dieser Seuche auf die Spur gekommen. Aber keine Bange, Ihr Männer! Das «Heilmittel» ist schon erfunden. Auch die Psychotherapeuten haben gemerkt, dass sich mit der «Paradies-Depression» und der «pathologischen Unfähigkeit zum Müßiggang» Geld verdienen lässt, indem man entsprechende Therapien anbietet. Die Neuentdeckung des «Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms» (ADHS), für das typischer Weise keine exakten Zahlen bekannt sind, hat bei vielen Eltern einen Nachfrageboom nach «heilenden» Pillen ausgelöst. Klar: Die Utopie vom makellosen Menschen kostet Geld. Aber das sollte unsere Gesundheit uns doch wert sein! Oder?

Dieses Buch ist weder therapie- noch medikamentenfeindlich; es macht nachdenklich und fördert die Selbstreflexion des kritischen Bürgers. Bis er wirklich auf das Pharmakon und den Arzt angewiesen ist. Das kommt früh genug.

JOHANNES NEUMANN

BLECH, JÖRG (2003): *Die Krankheitserfinder – Wie wir zu Patienten gemacht werden*. S. Fischer-Verlag, Frankfurt/M., ISBN 3-10-004410-X, 17,90 €

[www.bvvp-magazin.de](http://www.bvvp-magazin.de)

- Kleinanzeigen
- Hefte zum Download
- Abo
- Veranstaltungen

**KRANICH, CH.; VITT K. D.:  
Das Gesundheitswesen am Patienten orientieren**

Ein sehr informativer Tagungsbericht: Experten vergleichen Ergebnisse einer EU-geförderten Studie zu Leistungstransparenz im Krankenhaus und zum Beschwerdemanagement in europäischen Ländern im Hinblick auf Nutzen für den Patienten.

Nicht der gläserne Patienten, sondern ein gläsernes Gesundheitssystem sei das Ziel. In einem Systemen mit viel Markt, viel Selbstverwaltung und wenig staatlicher Kontrolle wie in Deutschland, wo «mächtige Interessenverbände jede patientenfreundliche Weiterentwicklung seit Jahrzehnten behindern und Patienten überhaupt nichts zu sagen haben» (Kranich), brauche der Patient besonders viel Information, um eine selbst bestimmte Wahl treffen zu können. Daten würden hierzulande aber kaum erhoben, schon gar nicht öffentlich gemacht, eher als «Geschäftsgeheimnisse» gehandhabt.

Anderswo seien Erhebung und Evaluation von Daten zu Qualität, zu Kunstfehlern und zur Patientenzufriedenheit durch unabhängige Experten dagegen seit langem selbstverständlich. Aus diesen Indikatoren leite man einerseits Interventionsmöglichkeiten zur Verbesserung der Qualität sowie Behandlungskriterien für häufige Krankheiten ab (ein umgekehrter Weg zu unseren DMP?), andererseits werden die Ergebnisse als Orientierungshilfe für Patienten öffentlich gemacht. Den Zugang zu diesen Daten sehe man als Grundrecht.

Gemeinsam für alle Länder fand man, dass sich Patienten in Entscheidungen nicht genügend eingebunden und bei Entlassung aus dem Krankenhaus zu wenig informiert fühlten. Im übrigen scheint der Status quo unterschiedlich: In England erhebt man eher zu viele Daten, in Schweden gibt es zwar seit 25 Jahren ein «Verbraucherinstitut für Medikamente und Gesundheit», das geschädigten Patienten Hilfe leistet, aber auch dort können Patienten von sich aus Nebenwirkungen von Medikamenten nicht direkt melden, das dürfen nur Ärzte, die es meist nicht tun. So ist es offenbar überall.

Weil Beschwerden und Unzufriedenheit der Patienten Daten zur Verbesserung der Qualität liefern, ist der Umgang mit ihnen nicht nur ein Indiz für die Patientenorientiertheit eines Systems, sondern auch für seine Qualität und darüber hinaus ein Indikator für seine Menschlichkeit. «Verkrustung und Vermachtung» in den bestehenden Strukturen seien besonders hinderlich. Krankheit und

Patientensicht bzw. Wahrnehmung seien im Übrigen immer subjektiv und können auch nur so erfasst werden.

Qualitätsurteile aus Sicht der Patienten werden bisher sehr unterschiedlich genutzt: In den Niederlanden gibt es ein Gesetz über «Verbraucherbeschwerderecht in der Gesundheitsversorgung», alle Patienten wissen dort, wie man Beschwerde einreicht(!). Österreich hat in allen Bundesländern Patientenvertretungen und unabhängige, weisungsfreie Patientenanwaltschaften, die kostenlose Unterstützung bieten. In Schweden gibt es outcome-Forschung. In allen skandinavischen Ländern sind Ombudsleute an jeder Einrichtung des Gesundheitswesens verbindlich vorgeschrieben. Finnland hat seit 1987 ein Gesetz über Patientenschäden.

Fazit: Außer in Deutschland gibt es überall ein strukturiertes, meist gesetzlich geregeltes patientengerechtes Beschwerdemanagement.

Nach einem englischen Kriterienkatalog sollte ein effektives Beschwerdemanagement 5 Kriterien erfüllen: Es muss sichtbar, leicht zugänglich, schnell und unabhängig sein und die vom Patienten erwartete Wirkung zeigen. Das reicht jedoch nur für ein entwickeltes Beschwerdesystem; für Deutschland, wo es ein solches nicht gibt, brauchte es weitere Kriterien: Das Beschwerdesystem muss eindeutig geregelt, im Bewusstsein aller Akteure verankert, mehrstufig, professionell, transparent (Verlauf, Ergebnis, Rückmeldungen) sein. Nach diesen 2 x 5 Kriterien erhält das deutsche System die Note 6!

Mit meiner auf unser deutsches System eingengten Perspektive war ich verblüfft, was es um uns herum alles für gute Ansätze gibt. Überall scheint klar, dass ein sinnvolles Beschwerdemanagement uns, den Gesundheitsanbietern, nicht nur am Zeug flicken will, sondern dass es Maßgebliches zu Qualität und zur Zufriedenheit der Patienten beitragen kann. Es gäbe uns – Patienten sind wir ja alle – die Sicherheit, dass wir nicht so leicht «im Gesundheitssystem verloren gehen».

Die Quintessenz: Wir brauchen mehr solche Untersuchungen, und deren Ergebnisse müssen von der Politik umgesetzt werden, dies auch gegen potentielle Bremser.

URSULA STAHLBUSCH

KRANICH, CH.; VITT D. K. (2003): *Das Patientenwesen am Patienten orientieren*, Mabase-Verlag, ISBN 3-935964-10-2, 17,90 €



**Geschäftsstelle des bvvp  
Schwimmbadstrasse 22**

**79100 Freiburg**

**Absender** (freiwillige Angabe)

---



---

Vor fast zwei Jahren fragten wir Sie erstmals nach Ihrer Meinung zum bvvp-magazin. Da nun Ursula Stahlbusch zu unserem großen Bedauern aus der Redaktion ausscheiden wird (sie will «einen Gang zurückschalten»), möchten wir die Konzeption des Magazins überprüfen und bitten um Ihre Unterstützung.

Bitte berücksichtigen Sie: Am Umfang der Hefte lässt sich aus finanziellen Gründen nichts ändern. Die Frage ist lediglich, wie man den vorhandenen Platz verteilt – sowohl was die Gestaltung als auch den Inhalt betrifft.

**A. GESTALTUNG**

- Schriftgröße  Kann so bleiben  Sollte größer werden
- Layout  Kann so bleiben  Sollte aufgelockerter werden
- Bilder, Cartoons, Diagramme  Kann so bleiben  Mehr  Weniger

Mein Anliegen: \_\_\_\_\_

**B. INHALT**

**I. AKTUALITÄT**

Weil der Redaktionsschluss Wochen vor dem Erscheinen des Heftes liegt, ist die (mangelnde) Aktualität der Beiträge immer wieder ein Problem, besonders bei den Bundesvorstandsseiten, in denen über laufende berufs- oder gesundheitspolitische Entwicklungen berichtet wird. «Mehr Aktualität» würde eine andere Konzeption des Magazins bedeuten. Wie ist Ihre Meinung?

- Mir ist es **nicht** so wichtig, dass die Beiträge ganz aktuell sind. Das Konzept soll so bleiben.
- Mir ist es wichtig, dass die Beiträge aktueller werden. Das Konzept soll entsprechend geändert werden.

**II. AUFTEILUNG DER RUBRIKEN**

Inzwischen hat sich nachstehende Aufteilung des Platzes eingespielt (Angabe in Prozenten). Wenn Sie mit dieser Aufteilung einverstanden sind, kreuzen Sie bitte den nachstehenden Satz an, wenn nicht, verteilen Sie die Prozente neu (aber bitte nicht mehr als 100%!!) Sie können auch Rubriken streichen und neue hinzufügen.

- Die Verteilung soll so bleiben

	Derzeitiger Stand	Meine Wunschverteilung
Bundesvorstand/Vorwort	34%	_____
Schwerpunkt/Interview	36%	_____
Regionalverbände	12%	_____
Sonstiges*	15%	_____
Dienstleistung	3%	_____

\* Leserbriefe, Rezensionen, Das finden wir gut, Ärgernis des Quartals

**III. FRAGEN ZUR INHALTLICHEN GESTALTUNG**

Bitte benoten Sie mit den Schulnoten 1–5:

Rubrik	Bundesvorstand	Regionalverbände	Schwerpunkt	Sonstiges	Dienstleistung
Informationsgrad	___	___	___	___	___
Lesbarkeit	___	___	___	___	___
Gestaltung	___	___	___	___	___

## Seiten des Bundesvorstands/Vorwort

Zu welchen Themen wünschen Sie mehr/weniger Artikel?

	Soll so bleiben	Mehr	Weniger
Gesundheitspolitik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KV/KBV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Honorar- u. Abrechnungsfragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualitätssicherung, neue Versorgungsformen, DMP, Netze, integrierte Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiterbildung/Fortbildung/Berufsordnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PP-Kammern/Ärztikammern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bvvp-Verbandsgeschehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
«Wir und die anderen Verbände»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesetze/Urteile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Schwerpunkt

Die Schwerpunktthemen gehen über den Rahmen einer Verbandszeitschrift hinaus. Wie stehen Sie prinzipiell dazu?

- Die Schwerpunkte sollen (wie bisher) auch gesundheits- und gesellschaftspolitische Themen behandeln.  
 Die Schwerpunkte sollen mehr  – ausschließlich  an der Verbands- und Berufspolitik ausgerichtet sein.  
 Die Schwerpunkte sollen mehr  – ausschließlich  psychotherapeutische Themen behandeln.  
 Die Schwerpunkte sollen mehr fachspezifische Themen (besondere Behandlungsmethoden, Einzelfalldarstellungen, neue Erkenntnisse aus der Praxis) behandeln.  
 Nichts von alledem, sondern: \_\_\_\_\_

## Ihre Meinung: Welche Funktion(en) soll das bvvp-magazin erfüllen? Welche Funktion(en) erfüllt es?

	Soll es erfüllen	Erfüllt es gut	Erfüllt es weniger gut
Information der Mitglieder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diskussionsforum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stärkung der «corporate identity» der bvvp-Mitglieder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
«Visitenkarte» nach außen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werbung neuer Mitglieder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Wie viel Zeit verwenden Sie im Schnitt für die Lektüre des bvvp-magazins?

- 0–20 Minuten  
 20 Minuten bis eine Stunde  
 über eine Stunde

## Wir würden uns freuen, wenn Sie noch die folgenden Fragen in freier Form beantworten würden:

Regelmäßig lese ich \_\_\_\_\_

Für entbehrlich halte ich \_\_\_\_\_

Folgender Artikel/folgendes Schwerpunktthema hat mir gut gefallen: \_\_\_\_\_

Folgender Artikel/folgendes Schwerpunktthema hat mir nicht gefallen: \_\_\_\_\_

Ich hätte gern mal einen Artikel/einen Schwerpunkt zu folgenden Themen: \_\_\_\_\_

# NEUERSCHEINUNGEN und Bücher zum Schwerpunkt

## Asanger

**(Lebens-)Räume für Menschen mit Mehrfachbehinderung.** Architektur und Heilpädagogik im Dialog. HELENDE HÄNDE E.V. ISBN: 3893343857. 15.00 €

**Auf den Spuren des Gebets.** Methoden und Ergebnisse empirischer Gebetsforschung. HAUENSTEIN, H. ISBN: 3893343954. 29.00 €

**Ohne Angst zum Zahnarzt.** Selbsthilfe bei Ängsten vor der Zahnbehandlung. MEHRSTEDT, M. (*Selbsthilfen*). ISBN: 3893343865. 17.00 €

**Sexuell übertragbare Krankheiten.** Ein Lesebuch für die Beratungspraxis. SPI FORSCHUNG GGMbH. ISBN: 3893344144. 26.50 €

**Wohnalltag und Kontaktchancen schwer geistig behinderter Erwachsener.** Ein Vergleich unterschiedlich zusammengesetzter Wohngruppen. DIECKMANN, F. (*Forschung*). ISBN: 3893343849. 29.00 €

## Beltz

**Beratung und Kurztherapie.** Mit Kognitiver Verhaltenstherapie. WINIARSKI, R. ISBN: 3621275479. 29.90 €

**Expositionen bei Ängsten und Zwängen.** Praxishandbuch. HOFFMANN, N.; HOFMANN, B. ISBN: 3621275355. 32.90 €

**Hypnose.** Lehrbuch für Psychotherapeuten und Ärzte. Mit Audio-CD. KOSSAK, H. ISBN: 3621275452. 59.90 €

**Krieg und Frieden – Handbuch der Konflikt- und Friedenspsychologie.** SOMMER, G.; FUCHS, A. ISBN: 3621275363. 49.90 €

**Manisch-depressive Störungen.** Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmaterial. MEYER, T.; HAUTZINGER, M. (*Materialien für die klinische Praxis*). ISBN: 3621275517. 44.90 €

## Brandes & Apsel

**Das mißhandelte Kind.** Ein psychoanalytisches Konzept zur integrierten Behandlung von Kindern und Jugendlichen. COHEN, Y. DREWS, S. (*Schriften zur Psychotherapie und Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen 6*). ISBN: 3860997920. 29.00 €

**Migration als biografische und expressive Ressource.** Beiträge zur kulturellen Produktion in der Einwanderungsgesellschaft. FRÜLICH, M.; MESSERSCHMIDT, A.; WALTHER, J. (*Wissen & Praxis 118*). ISBN: 3860993186. 17.50 €

**Paare in der Krise.** Paardiagnostik mit der Konzentrierten Beziehungsdokumentation. BÖTTGER, B. (*Wissen & Praxis 119*). ISBN: 3860993194. 27.90 €

**Sexualitäten in der Psychoanalyse.** Entwicklungstheorie und psychotherapeutische Praxis. BRAUN, C.;

OTSCHERET, L. (*Wissen & Praxis 121*). ISBN: 3860993216. 19.90 €

## Carl-Auer-Systeme

**Die tanzenden Heiler.** Lehrjahre eines Arztes bei den Indianern. HAMMERSCHLAG, C. ISBN: 3896704036. 14.95 €

**Familientherapie bei Depressionen.** LINARES, J. CAMPO. ISBN: 3896702955. 29.95 €

**Kinder und Jugendliche in der familientherapeutischen Praxis.** BONNEY, H. ISBN: 3896704184. 19.95 €

**Lehrbuch für systemische Arbeit mit Paaren.** Ein integrativer Ansatz mit Elementen aus Paarberatung, Einzeltherapie und Mediation. HESS, T. ISBN: 3896704125. 39.95 €

**Ordnungen des Helfens.** Ein Schulungsbuch. HELLINGER, B. ISBN: 3896704214. 49.90 €

## DGVT-Verlag

**Das Handbuch der Beratung.** NESTMANN, F.; ENGEL, F.; SICKENDIECK, U. ISBN: 3871590509. 88.00 €

**Den Mann zur Sprache bringen.** Psychotherapie mit Männern. NEUMANN, W.; SÜFKE, B. ISBN: 3871590452.

**Eine Einführung in Beratung.** MCLEOD, J. ISBN: 3871597015. 29.00 €

**Paargeschichten.** Die narrative Perspektive – Ein Lernbuch für Paare. GREITEMEYER, D. ISBN: 3871590436. 19.80 €

**Psychoedukative Gruppen für Angehörige schizophrener oder schizoaffektiver Erkrankter.** Manual für Gruppenleiter. BEHRENDT, B. (*Materialien*). ISBN: 3871593524. 24.80 €

## Ernst Reinhardt

**Angst verstehen und verwandeln.** Angststörungen und ihre Bewältigung in der Psychotherapie. KLEESPIES, W. ISBN: 3497016829. 19.90 €

**FREUNDE für Kinder.** Trainingsprogramm zur Prävention von Angst und Depression – Gruppenleitermanual. BARRETT, P.; WEBSTER, H.; TURNER, C. ISBN: 3497016403. 33.00 €

**Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder.** KRAUSE, M. ISBN: 3497016004. 19.90 €

**John Bowlby und die Bindungstheorie.** HOLMES, J. ISBN: 3497015989. 26.90 €

**Sterben zulassen.** Selbstbestimmung und ärztliche Hilfe am Ende des Lebens. ANKERMANN, E. ISBN: 3497016934. 14.90 €

## Frommann-Holzboog

**Ethik der Forschung am Menschen.** Die Begründung der Moral in ihrer historischen Bedingtheit. MAIO, G. (*Medizin und Philosophie 6*). ISBN: 3772821960. 45.00 €

**Hirntod und Organverpflanzung.** Ethische, medizinische, psychologische und rechtliche Aspekte der Transplantationsmedizin. ACH, J.; QUANTE, M. (*Medizin und Philosophie 3*). ISBN: 3772819923. 33.00 €

**Medizinethik und Kultur.** Grenzen medizinische Handelns in Deutschland und in den Niederlanden. GORDJUN, B.; HAVE, H. (*Medizin und Philosophie 5*). ISBN: 377282028X. 50.00 €

**Schlingel, Bengel oder Kriminelle? Jugendprobleme aus psychologischer Sicht.** REINFRIED, H. (*problemata 150*). ISBN: 3772822436. 38.00 €

**Überleben und Versuche der Wiederbelebung.** Psychoanalytische Studien mit Überlebenden der Shoah und mit ihren Familien in Israel und in der Diaspora. KLEIN, H. BIERMANN, C.; NEDELMANN, C. (*Beihfte zum Jahrbuch der Psychoanalyse 20*). ISBN: 3772822558. 52.00 € 42.00 €

## GwG-Verlag

**Lerntransfer im Kontext einer personalisiert-systematischen Erwachsenenbildung.** Wie Wissen zum (nicht) veränderten Handeln führt. KUNZE, D. ISBN: 3926842369. 29.90 €

## Hogrefe

**Handbuch Psychopharmaka.** BANDELOW, B.; BLEICH, S.; KROPP, S. ISBN: 3801717208. 39.95 €

**Klinische Psychologie und Internet.** Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung. OTT, R.; EICHENBERG, C. (*Internet und Psychologie 6*). ISBN: 3801716066. 34.95 €

**Neglect und assoziierte Störungen.** KERKHOFF, G. (*Fortschritte der Neuropsychologie 1*). ISBN: 3801716635. 19.95 € 15.95 €

**Ratgeber Alkoholabhängigkeit.** Informationen für Betroffene und Angehörige. LINDENMEYER, J. (*Ratgeber zur Reihe Fortschritte der Psychotherapie 1*). ISBN: 3801717607. 7.95 €

**Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter.** Das Adipositas-Schulungsprogramm OBELDICKS. REINEHR, T.; DOBE, M.; KERSTING, M. (*Therapeutische Praxis*). ISBN: 3801716589. 29.95 €

## Königsfurt

**Psychotherapie.** FRANZ, M. ISBN: 3898751139. 14.90 €

## Kreuz Verlag

**Damit die Liebe bleibt.** Ein Ratgeber für Paare, die keine Ratschläge wollen. JELLOUSCHEK, H. ISBN: 3783123631. 17.90 €

**Die Kunst sich in den Richtigen zu verlieben.** KORNBICHLER, T. ISBN: 3783123798. 17.90 €

**Erzähl mir was vom Sterben!** Mit Kindern über den Tod sprechen. UNVERZAGT, G. ISBN: 3783123801. 14.90 €

**Maltherapie.** HENZLER, C.; RIEDEL, I. ISBN: 3783123666. 45.00 €

**Mama hat Krebs.** Mit Kindern die Krankheit begreifen. KREJSA, S. ISBN: 3783123690. 14.90 €

**Mit dem Vergessen leben: Demenz.** Verwirrte alte Menschen verstehen und einfühlsam begleiten. WEIDENFELDER, M. ISBN: 3783123704. 14.90 €

## Lambertus

**Klinische Psychologie des Kindes- und Jugendalters.** Eine Einführung für soziale, pädagogische und sozialadministrative Berufe. ESER, K.; HUMMEL, U. ISBN: 3784114865. 27.00 €

**Psychologie.** Eine Einführung für soziale Berufe. STEDEN, H. ISBN: 3784115012. 15.00 €

**Psychologische Beratung.** Beiträge zu Konzept und Praxis. OETKER-FUNK, R.; DIETZFELBINGER, M.; STRUCK, E.; VOLGER, I. ISBN: 3784114830. 19.50 €

## Mabuse

**Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht des Patienten.** Juristische Entscheidungen, Politik und ärztliche Positionen 1890-1960. NOACK, T. ISBN: 3935964439. 25.00 €

**Medizin, Ethik und Behinderung.** Beiträge aus dem Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW). GRAUMANN, S.; GRÜBER, K. ISBN: 3935964234. 19.80 €

**Schnitt in die Seele.** Weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. TERRE DE FEMMES. ISBN: 3935964285. 12.90 €

## Pabst Science

**Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter.** FREESE, R. (*Psychiatrische Kriminaltherapie 2*). ISBN: 3899670361. 20.00 €

**Borderline Persönlichkeitsstörung.** RENNEBERG, B. ISBN: 3899670914. 15.00 €

**Chronische Depression.** Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen.

WOLFFSDORF, M.; HEINDL, A. ISBN: 3899670647. 20.00 €

**Das frühe erste Mal: Familie, Pubertät und Partnerschaft.** Eine evolutionspsychologische Untersuchung. HOIER, S. ISBN: 3899670809. 15.00 €

**Psychosoziale Versorgung in der Medizin.** zugleich 2. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. KOCH, U.; PAWILS-LECHER, S. ISBN: 3899670884. 20.00 €

**Weggefährten.** Festschrift zum 60. Geburtstag von Professor Dr. med. Karl-Ludwig Täschner. FISCHER, J. ISBN: 3899670396. 20.00 €

## Peter Lang

**Gibt es psychiatrische Diagnostikansätze, um den Begriff der schweren anderen seelischen Abartigkeit in §§ 20, 21 StGB auszufüllen? STANGE, A. (*Recht & Medizin 62*). ISBN: 3631515111. 35.30 €**

**Hirn und Hormone.** Gonadale Hormone bei psychotischen Störungen. HUBER, T. ISBN: 3631518838. 42.50 €

**Kindesmisshandlung.** Eine systematische und statistische Untersuchung. RICHTER, B. ISBN: 3631397674. 50.10 €

**Psychologie und Psychotherapie im Leben und Werk Hans Prinzhorns (1886-1933).** MIRBACH, W. (*Beiträge zur Geschichte der Psychologie 20*). ISBN: 363151381X. 75.70 €

**Spannung und Dissoziation bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung.** STIGLMAYR, C. (*Psychophysiologie in Labor und Feld 10*). ISBN: 3631504624. 45.50 €

## Psychiatrie-Verlag

**Irren ist menschlich.** Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. DÖRNER, K.; PLOG, U.; TELLER, C.; WENDT, F. ISBN: 3884144006. 19.90 €

**Macht – Zwang – Sinn.** PIETERS, V. (*Forschung fuer die Praxis – Hochschulschriften*). ISBN: 3884143506. 29.90 €

**Umgang mit Borderline-Patienten.** RAHN, E. (*Basiswissen*). ISBN: 3884143611. 12.90 €

**Ursula Plog.** Von einer, die auszog, die Psychiatrie das Zuhören zu lehren – Vorträge und Essays. LESCHINSKY, A. ISBN: 388414345X. 22.90 €

**Wahnsinnslogik.** Von der Verstehbarkeit schizophrener Erkrankungen. WULF, E. (*Edition Das Narrenschiff*). ISBN: 3884143492. 15.00 €

## Psychosozial-Verlag

**Der 11. September.** Psychoanalytische Studien zu Ursachen und Folgen des Terrors. WIRTH, H.; BÜTTNER, C.; AUCHTER, T.; SCHULTZ-VERNATH, U. (*Psy-*

*che und Gesellschaft*). ISBN: 3898062473. 19.90 €

**Die Haut als psychische Hülle.** BROSIG, B.; GIELER, U. ISBN: 389806204X. 24.90 €

**Neue Assoziationen.** Psychoanalytische Lockerungsübungen. BUCHHOLZ, M. (*Bibliothek der Psychoanalyse*). ISBN: 3898062643. 29.90 €

**Psychoanalyse und Ethnologie.** Biographisches Lexikon der psychoanalytischen Ethnologie, Ethnopsychanalyse und interkulturellen psychoanalytischen Therapie. REICHMAYR, J.; PLETZER, B.; WAGNER, U.; UOEDERROU, C. (*Psyche und Gesellschaft*). ISBN: 3898062449. 49.90 €

**Psychotherapie der Psychosen.** Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. ADERHOLD, V.; ALANEN, Y.; HESS, G.; HOHN, P. (*edition psychosozial*). ISBN: 3898062325. 29.90 €

### Schattauer

**Gerechte Gesundheitsversorgung.** Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen. MARCKMANN, G.; LIENING, P.; WIESING, U. ISBN: 3794522281. 39.95 €

**Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine.** Eine systematische Einführung. LAUTERBACH, K.; SCHRAPPE, M. ISBN: 3794522877. 99.00 €

**Gesundheitsversorgung im Alter.** Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang. MARCKMANN, G. ISBN: 3794522273. 29.95 €

**Paar- und Familientherapie.** Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. SCHEIB, P.; WIRSCHING, M. (*Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*). ISBN: 3794523016. 14.95 €

**Psychoedukative Familienintervention.** Manual zu Grundlagen und Praxis. BERGER, H.; FRIEDRICH, J.; GUNIA, H. ISBN: 3794522702. 24.95 €

### Springer

**Lust in Beziehung.** Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie als fächerübergreifendes Therapiekonzept der Sexualmedizin. BEIER, K.; LOEWIT, K. ISBN: 3540200711. 26.95 €

**Migration und seelische Gesundheit.** ASSION, H. ISBN: 3540202188. 29.95 €

**Neuropsychologie psychischer Störungen.** Ergebnisse. LAUTENBACHER, S.; GAUGGEL, S. ISBN: 3540429301. 59.95 €

**Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters.** EGGERS, C.; FEGERT, J.; RESCH, F. ISBN: 3540429166. 129.95 €

**Stressbewältigung.** Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförde-

rung. KALUZA, G. ISBN: 3540008683. 34.95 €

### Thieme

**Empathie und Interaktion: Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie.** FINKE, J. ISBN: 313129602X. 29.95 €

**Essstörungen.** SCHWEIGER, U.; PETERS, A.; SIPOS, V. ISBN: 3131282215. 49.95 €

**Grenzwertige psychische Störungen.** Diagnostik und Therapie in Schwellenbereichen. VOLLMOELLER, W. ISBN: 3131367210. 49.95 €

**Psychotische Störungen – Systematische Therapie mit modernen Neuroleptika.** FALKAI, P.; PAJONK, F. ISBN: 3131332417. 39.95 €

**Schizophrenie.** ISBN: 3131282517. 59.95 €

### Urban & Fischer

**Klinikleitfaden Neurologie Psychiatrie.** KLINGELHÖFER, J.; RENTROP, M. (*Klinikleitfaden*). ISBN: 3437231405. 44.95 €

**Kommentar Psychotherapie-Richtlinien.** FABER, F.; DAHM, A.; KALLINKE, D. ISBN: 3437228609. 39.95 €

**Psychiatrie und Psychotherapie.** BERGER, M. ISBN: 3437224808. 129.00 €

**Psychoedukation bei Angst- und Panikstörungen.** Therapeutenmanual. ALSLEBEN, H.; HAND, I. ISBN: 3437566601. 39.95 €

**Psychoedukation bei Depressionen.** Manual für Therapeuten. PITSCHEL-WALZ, G.; BÄUML, J.; KISSLING, W. ISBN: 3437564307. 39.95 €

**Psychosomatische Medizin.** UEXKÜLL, T. ISBN: 3437218301. 159.00 €

### Vandenhoeck & Ruprecht

**Auf der Suche nach dem Guten Objekt.** BURIAN, W. (*Psychoanalytische Blätter 24*). ISBN: 3525460236. 19.90 €/17.90 €

**Psychoanalytische Technik, ihre Anwendung und Veränderung in der Psychotherapie.** LEMPA, G.; TROJE, E. (*Forum der Psychoanalytischen Psychotherapie 10*). ISBN: 3525451113. 14.90 €/11.90 €

**Systemische, verhaltenstherapeutische und integrative Verfahren.** (*Der Wille in der Psychotherapie 2*). ISBN: 3525462042. 32.90 €

**Tiefenpsychologische und humanistische Verfahren.** (*Der Wille in der Psychotherapie 1*). ISBN: 3525461712. 39.90 €

**Wie arbeiten Individualpsychologen heute?** LEHMKUHL, U. ISBN: 3525450109. 29.90 €

### Waxmann

**Das Erinnern einer anderen Zukunft.** Das organisationale Gedächtnis. CLASES, C. (*Internationale Hochschulschriften 413*). ISBN: 3830912692. 29.90 €

**Kreativität und organisationales Klima.** Entwicklung und Validierung eines Fragebogens. GIESLER, M. (*Internationale Hochschulschriften 408*). ISBN: 3830912560. 34.00 €

**Mobilität im Jugend- und Erwachsenenalter.** Eine fünfjährige Längsschnittstudie. SCHOLL, W.; SYDOW, H. ISBN: 3830912447. 34.90 €

**Physiologische und emotionale Selbstregulation.** Entwicklung und Evaluation eines Interventionsprogramms für Jugendliche. BLEICHER, M. (*Internationale Hochschulschriften 416*). ISBN: 3830912757. 25.50 €

**Selbsterweiterungsprozesse alleinlebender Frauen.** SCHLICHT, U. ISBN: 3830912439. 29.90 €

## VERANSTALTUNGEN Weiterbildung, Kongresse, Reisen

von bis	Veranstaltung	Kontakt
2004-02-04 2004-12-03	<b>Methodik des Einzelcoaching:</b> 100 Std. persönlichkeitsorientierte Weiterbildung, Basis Gestalt und Personenzentrierter Ansatz	0711 / 6781 421 info@fortbildungsstelle-online.de
2004-02-10 2004-02-13	<b>Fortbildung in Klinischer Psychoonkologie:</b> Beratung für Nichtapprob. + Therapie für Approb.: 110 UE + 10 Tg. Hosp.. anerk. v. Ärztek. Nordrhein	www.dpa-bdp.de 2.+3. Block 16.-19.3. 26.-27.4
2004-02-14 2004-02-14	<b>Bochum:</b> Computergestützte Verfahren in Diagnostik und Therapie selbst entwickeln, DP Thomas Kress & Dr. Boris Suchan, DP; 210,00 € / GNP-Mitgl. 170,00 €	GNP-Akademie@neuropsychologie.de www.neuropsychologie.de
2004-02-28 2004-02-28	<b>Neuropsychologie bei Alkoholabhängigkeit:</b> Dipl.-Psych. Barbara Brokat & Dr. Armin Scheurich, Dipl.-Psych., 8 Std. in Marburg	0931 / 46079033 0931 / 46079034
2004-03-19 2004-03-21	<b>Deutsche Gesellschaft f. Analytische Psychologie:</b> Frühjahrstagung DGAP in Bremen: Zeit im Wandel – Wandel der Behandlungsmethoden; LK zertifiziert	dgap@cgjung.de Tel. 06201-492440
2004-03-20 2004-03-20	<b>Fachtagung: Entwicklungen und Perspektiven der Personizierten Psychotherapie</b> mit Kindern und Jugendlichen; Infos und Anmeldung bei Marie Luise Schindler	Tel .0761 / 47812 - 18 Fax 47 812 - 30 , schindler@efh-freyburg.de
2004-04-25 2004-05-07	<b>54. Lindauer Psychotherapiewochen:</b> Themen: 1. Woche DAS AUGÉ / 2. Woche: DAS HERZ - ab 160 € pro Woche	Tel 089-29163855 www.Lptw.de
2004-05-14 2004-05-15	<b>System. Therapie von der Geburt bis zur Adoleszenz:</b> Kinder und Jugendliche in der familientherapeutischen Praxis	www.erfindungsgeist.de Tel. 06221-162224
2004-06-03 2004-06-06	<b>Der Körper</b> i. d. tiefenp. fund. u. analyt. Psychoth.; wiss. Ltg.: Dr. H.-J. Maaz, Dr. A. H. Krüger; info@koerperpsychotherapietagung-weimar.dgapt.de	03643/492660
2004-06-06 2004-06-10	<b>Psychoanalyse und Körperarbeit:</b> Selbsterfahrung und Supervision, 79219 Staufen	0761-60304 Tilmann Moser 07632-828666 Gisela Worm
2004-08-25 2004-08-28	<b>8th International Congress of Behavioral Medicine:</b> Integrating Social and Behavioral Sciences with Medicine and Public Health (Symposia and Workshops)	www.icbm-2004.com
2005-03-16 2005-03-19	<b>Trauma – Attachment – Personality:</b> Main topics genesis, symptomatology and treatment of psychic trauma	congress2005@dynpsych.de http://www.dynpsych.de

[www.bvvp-magazin.de](http://www.bvvp-magazin.de): Veranstaltungen bequem online eintragen, 2 Zeilen gratis pro Veranstalter